LES MAITRES DE L'ÉCOLE DE PARIS

DANS LA

PÉRIODE PRÉ-SPÉCIALISTIQUE

DES

MALADIES DU PHARYNX, DU LARYNX ET DU NEZ

COLLECTION C. CHAUVEAU

OUVRAGES DÉJA PARUS

L'Hygiène de l'oreille, par le professeur Haug, de Munich, traduction et annotations, par C. Chauveau et M. Menier.

L'Hygiène du nez, de la gorge et du larynx à l'état de santé et de maladie, par le professeur H. Neumayer, de Munich, traduction et annotations par C. Chauveau et M. Menier.

Origine naso-pharyngée de la tuberculose pulmonaire humaine, par M. Boulay et F. Heckel, de Paris.

Sur la symptomatologie et le traitement de l'aphonie spasmodique et d'autres troubles phonateurs d'origine spasmodique, par H. Gutzmann, docent à l'Université de Berlin, traduction par M. Menier.

Thérapeutique des maladies de l'oreille, par Hammerschlag, docent à l'Université de Vienne, traduction et annotations par C. Chauveau et M. Menier.

Sur les suppurations du labyrinthe consécutives aux lésions purulentes de l'oreille moyenne (pyo-labyrinthites), par le professeur G. Gradenigo, de Turin, traduction par M. Menier.

De la paralysie du moteur oculaire externe au cours des otites, par J. Baratoux, de Paris.

Éducation et rééducation d'après la physiologie expérimentale, par René Myrial, de Paris.

Hystéro-traumatisme de l'oreille, par le professeur De Stella, de Gand.

Diagnostic et traitement des tumeurs malignes du sinus maxillaire, par L. Jacques, de Nancy, et H. Gaudier, de Lille.

Thérapeutique des maladies de la bouche, du pharynx et du larynx, par A. Heindl, de Vienne, traduction et annotations par C. Chauveau et M. Menier.

Rétrécissements du larynx et de la trachée, consécutifs au tubage et à la trachéotomie, par Rabot, Sargnon et Barlatier, de Lyon.

Tumeurs primitives des sinus du nez, par Citelli, de Catane, et O. Belloti, de Milan, traduction par Menier, de Figeac.

Formes cliniques du syndrome de Ménière, par M. Lannois, professeur adjoint à la faculté de Lyon, et F. Chavanne, de Lyon.

Les Phlegmons du cou, d'origine bucco-pharyngée, par J. Broeckaert, de Gand.

La phonétique expérimentale, considérée au point de vue médical, par Zwaardemaker, d'Utrecht, traduction par Menier, de Figeac.

Lésions du labyrinthe non acoustique démontrées par des recherches cliniques et expérimentales, par Torreta, de Gênes.

Végétations adénoïdes, par le professeur Citelli, de Catane.

Comment interroger l'appareil vestibulaire de l'oreille, par Buys et Hennebert, de Bruxelles.

Dr C. CHAUVEAU

LES

MAÎTRES DE L'ÉCOLE DE PARIS

DANS LA

PÉRIODE PRÉ-SPÉCIALISTIQUE

des maladies du pharynx, du larynx et du nez

PRÉFACE DE M. LE PROFESSEUR R. BLANCHARD

Membre de l'Académie de Médecine

Ancien Président-Fondateur de la Société française d'histoire de la Médecine

TOME II



PARIS
LIBRAIRIE J.-B. BAILLIÈRE ET FILS
19, RUE HAUTEFEUILLE, 19

1910

PUBLICATIONS DU MÊME AUTEUR

Des hypertrophies amygdaliennes (Thèse inaugurale).

De quelques symptômes dus à l'hypertrophie de la quatrième amygdale. (Amygdale de la langue) (*Archives internationales de laryngologie...*, 1892).

Crises syncopales dues à l'hypertrophie de l'amygdale linguale (*Revue de clinique et de thérapeutique,* mai 1894).

Pièce de monnaie dans le larynx (*Revue de clinique et de thérapeutique*, septembre 1895).

Hypertrophie exceptionnellement volumineuse de l'amygdale linguale (La *France médicale,* avril 1898).

Diphtérie nasale (*Journal de clinique et de thérapeutique infantiles*, mai 1898).

Complications infectieuses a la suite de la perforation du lobule de l'oreille (*Journal des praticiens*, août 1898).

Ozène chez un enfant de quatre ans et trois mois. Complications laryngo-trachéales. Mort (*Journal de clinique et de thérapeutique infantiles*, octobre 1898).

Mastoïdite et dérivation (La *France médicale*, mars 1899).

Troubles nerveux, cardiaques, digestifs chez les ozéneux. Contribution à la pathogénie de l'ozène (La *France médicale*, avril 1899).

Érysipèle de la face à répétition, survenant d'un seul côté, chez une femme atteinte d'otite externe chronique légère (La *France médicale*, septembre 1899).

Régression rapide des végétations adénoïdes (La *France médicale*, septembre 1899).

Polype de l'amygdale (*Archives de thérapeutique*, septembre 1899).

Glossodynie latérale papillaire de la région foliée (*Journal des praticiens*, novembre 1899).

Dysphonie fonctionnelle au cours de la syphilis (La *France médicale*, décembre 1899).

Contribution à l'histoire de l'anatomie du pharynx (*Annales des maladies de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx*, décembre 1899).

Des variétés de glossodynie (*Archives générales de médecine*, janvier 1900).

Déterminations neurasthéniques laryngées (*Tribune médicale*, février 1900).

Contribution à l'histoire de la physiologie du pharynx (*Annales des maladies de l'oreille...*, mars 1900).

Quelques notions utiles d'anatomie comparée du pharynx chez les vertébrés (*Annales des maladies de l'oreille...*, avril 1900).

De certaines complications laryngo-bronchiques de l'ozène simulant la tuberculose pulmonaire (*Journal de médecine interne,* mai 1900).

De l'intestin céphalique et de ses dépendances, au point de vue du développement du pharynx (*Annales des maladies de l'oreille...*, juin 1900).

Hypokinésie laryngée gauche hystérique, d'origine grippale, coïncidant avec des troubles moteurs et sensitifs hémiplégiques du même côté et du voile du palais (*Archives générales de médecine*, juillet 1900).

Un cas de leucocythémie symptomatique d'un lymphosarcome amygdalien, avec envahissement des quatre amygdales et généralisation aux ganglions (Congrès de Paris, août 1900. Section de rhino-laryngologie).

Paralysie hystérique de la corde vocale gauche avec parésie concomitante du sterno-mastoïdien et du trapèze du même côté, anesthésie et parésie du voile du palais, troubles de la déglutition et hypersécrétion (Congrès de Paris, août 1900. Section de rhino-laryngologie).

Moyens de protection de l'organisme au niveau du pharynx (*Annales des maladies de l'oreille...*, septembre 1900).

Le pharynx (1er vol. in-8, *Anatomie, physiologie*, Paris, Baillière, 1901).

Fibro-chondrome du lobule de l'oreille. — Herpès du tympan coïncidant avec un herpès guttural et labial (*Annales des maladies de l'oreille...*, février 1901).

Formes malignes de la rhinite pseudo-membraneuse (*Journal de médecine interne*, mars 1901).

Contribution à l'histoire de la pathologie pharyngée pendant la période gréco-romaine (*Annales des maladies de l'oreille...*, avril 1901).

Contribution à l'histoire des maladies du pharynx pendant les périodes byzantine et arabe (*Annales des maladies de l'oreille...*, juin 1901).

Pathologie pharyngée de Paracelse (*Annales des maladies de l'oreille...*, 1901).

Les maladies du pharynx, d'après l'Ayur-Veda de Susruta, livre de médecine sacrée des indous (*Annales des maladies de l'oreille...*, 1901).

Le pharynx, porte d'entrée des infections (*Archivos latinos...*, 1901).

Pathologie comparée du pharynx, 1 vol. in-12, Paris, Baillère, 1902.

Histoire des maladies du pharynx (3 vol., Paris, Baillière, 1901-1902).

Contribution à l'historique des polypes naso-pharyngiens jusqu'à Levret (*Archives internationales de Laryngologie, d'Otologie et de Rhinologie*, sept.-oct. 1902).

L'angine d'après les cahiers d'un étudiant en médecine de la Faculté de Paris en 1811 (*Journal de médecine interne...*, octobre 1902).

Les théories des épidémies et des contages jusqu'au XIXe siècle (*Archives de parasitologie*, V, p. 583, juin 1903).

L'anneau de Waldeyer, porte d'entrée de différentes infections (*Archives internationales de laryngologie, d'otologie et de rhinologie*, janvier-février 1903).

L'anatomie comparée de l'appareil de transmission de l'ouïe d'après les travaux les plus récents (*Archives internationales de laryngologie...*, mars 1903).

Abcès périamygdalien à évolution indolente (*in eodem*).

Abcès rétropharyngien latéral gauche chez un enfant de trois mois et demi (*in eodem*).

Phlegmon amygdalien ayant précédé une attaque de rhumatisme articulaire aigu et disparu rapidement par délitescence au moment de l'apparition des arthrites (*in eodem*).

Anatomie comparée de l'appareil de transmission de l'ouïe chez les mammifères (particularités). Embryologie de l'appareil de transmission de l'ouïe (oreille moyenne et oreille externe) (*Archives internationales...*, mai-juin 1903).

Quelques particularités sur l'anatomie et la physiologie du voile (*in eodem*).

Ozène et tuberculose (*in eodem*).

Larynx des marsupiaux (*Archives internationales...*, juillet-août 1903).

L'anatomie de l'appareil de transmission de l'ouïe au cours de ces dernières années (pavillon et conduit) (*in eodem*).

Epithélioma de la face inférieure du voile (*in eodem*).

Déformation du squelette nasal par des polypes du nez (*in eodem*).

Trousseau et la diphtérie (*Archives internationales...*, septembre 1903).

Malformations du pharynx et du larynx (*in eodem*).

Tumeur vasculaire du bord inférieur de l'amygdale (*in eodem*).

Infections septiques multiples siégeant dans diverses parties du corps et semblant avoir pour origine une angine grave streptococcique (*in eodem*).

Surdité congénitale chez les animaux (*Archives internationales...*, décembre 1903).

La physiologie de l'appareil de transmission au cours de ces vingt dernières années (*in eodem*).

Anomalies du pharynx (*in eodem*).

Accidents convulsifs paraissant déterminés par des lésions nasales (*in eodem*).

L'oreille externe et l'oreille moyenne chez les lacertiliens d'après Versluys (*Archives internationales...*, janvier 1904).

Leucocythémie amygdalienne (*in eodem*).

Stridor laryngé congénital (*in eodem*).

Hémorragies pharyngo-laryngées chez les hépatiques (*Archives internationales...*, mars 1904).

Homologie et mode de développement des cornets du nez chez les vertébrés amniotes (*in eodem*).

Angine phlegmoneuse, angine rhumatismale, gangrène du pharynx, muguet, dans les cliniques de Trousseau (*in eodem*).

Perforation congénitale des piliers antérieurs (*in eodem*).

L'appareil de l'audition chez les baleines munies de dents d'après Bœnninghaus (*Archives internationales...*, juin 1904).

Nos notions sur l'appareil olfactif au cours de ces dernières années. Embryologie, anatomie comparée. Structure chez l'adulte et relations avec les centres nerveux. Physiologie (*in eodem*).

Abcès péri-amygdalien indolent (*in eodem*).

Papillomes de la région foliacée de la base de la langue sans phénomènes névralgiques (*in eodem*).

Obstruction rare du pharynx buccal (*Archives internationales...*, août 1904).

De quelques localisations peu fréquentes de la syphilis nasale (*in eodem*).

Tumeurs de l'épiglotte (*in eodem*).

Crises d'éternuement probablement d'origine hystéro-traumatique (*in eodem*).

Absence du pilier antérieur droit et de l'amygdale droite (*in eodem*).

Sur quelques points d'anatomie comparée de l'oreille moyenne et de l'oreille externe (Cheval, bœuf, mouton, porc, lapin) (*Archives internationales...*, octobre 1904).

Hypertrophie polypoïde de l'amygdale tubaire droite (*in eodem*).

Traumatisme peu fréquent du voile du palais (*in eodem*).

Déformation du squelette nasal par des polypes muqueux du nez (*in eodem*).

Mastoïdite et sinusite disparues à la suite de poussées articulaires (*Archives internationales...*, décembre 1904).

Le traité des angines de Lasègue (*in eodem*).

Abcès amygdalien indolent (*in eodem*).

Perforation congénitale du pilier antérieur (*in eodem*).

Tuberculose apparemment d'origine pharyngée et propagée au poumon gauche vraisemblablement par la voie lymphatique (*Archives internationales...*, janvier 1905).

Déterminations syphilitiques des sinus frontaux et maxillaires (*Archives internationales...*, mars 1905).

Clous mycosiques développés sur une épiglotte atteinte de tuberculose infiltrante, au niveau d'ulcérations cicatrisées (*in eodem*).

Perforation congénitale du pilier postérieur (*in eodem*).

Influence de la vaccination sur la suppuration de la caisse et l'eczéma du pavillon (*in eodem*).

Tachycardie d'origine nasale (*in eodem*).

Dysphonie, dysphagie, insuffisance nasale, hystériques, chez une tuberculeuse pulmonaire avancée (*Archives internationales...*, mai 1905).

Le squelette cartilagineux des batraciens d'après les travaux récents (*in eodem*).

Pharyngite sèche et chloruration (*Archives internationales...*, juillet 1905).

Hémorragie vélo-palatine répétée, probablement d'origine nerveuse (*in eodem*).

Histoire des maladies du pharynx (tome IV, août 1905).

Détermination syphilitique sur le sinus frontal (*Archives internationales...*, septembre 1905).

Une autobiographie de médecin. — Le Docteur Botey... (*in eodem*).

Hygiène de l'oreille, par le prof. Haug (traduction et annotations, en collaboration avec M. Menier, 1 fascicule, octobre 1905).

Pharyngite et chlorure (*Archives internationales...* nov. 1905).

Isambert, son rôle en pathologie pharyngée.... (*in eodem*).

Régression rapide de végétations adénoïdes à la suite de la rougeole (*in eodem*).

Hygiène du nez, de la gorge et du larynx, par le prof. Neumayer (traduction et annotations, en collaboration avec M. Menier, 1 fascicule, novembre 1905).

Métastases amygdaliennes dans un cas de sarcome des fosses nasales (*Archives internationales...*, janvier 1906).

Thérapeutique des maladies de l'oreille, par Hammerschlag (traduction et annotations, en collaboration avec M. Menier, 1 fascicule, février 1906).

Antrite des nourrissons sans lésion apparente du tympan (*Archives internationales...*, mars-avril 1906).

Perforation traumatique non compliquée du sinus maxillaire... (*in eodem*).

Amygdalite gauche à la suite de cautérisations galvaniques du pharynx (*in eodem*).

Déterminations syphilitiques du sinus maxillaire (*Archives internationales...*, mai-juin 1906).

Abcès froid streptococcique de l'amygdale droite chez un tuberculeux (*in eodem*).

Troubles auditifs et chlorure de sodium (*Archives internationales...*, juillet-août 1906).

Abcès de la cloison à bacilles de Koch... (*in eodem*).

Histoire des maladies du pharynx (tome V, août 1906).

Abcès amygdalien indolent (*Archives internationales...*, sepembre-octobre 1906).

ACCIDENTS SYNCOPAUX TARDIFS À LA SUITE DE L'ADÉNOTOMIE (*Archives internationales...*, novembre-décembre 1906).

AMYGDALE ABERRANTE EN ARRIÈRE DU PILIER POSTÉRIEUR DROIT (*in eodem*).

CHOMEL, SON RÔLE EN PATHOLOGIE PHARYNGÉE (*Archives internationales...*, janvier-février 1907).

ANOMALIE PALATO-STAPHYLIENNE (*in eodem*).

ÉPIGLOTTITE ULCÉREUSE AIGUE D'ORIGINE PYOGÉNIQUE (*Archives internationales...*, mars-avril 1907).

ARTHRITES À LA SUITE DE GALVANO-CAUSTIE ENDONASALE (*in eodem*).

AMAS LYMPHOÏDE DE LA PAROI POSTÉRIEURE DU PHARYNX SIMULANT UNE AMYGDALE SUPPLÉMENTAIRE (*Archives internationales..*, mai-juin 1907).

HÉMOPTYSIES VRAISEMBLABLEMENT OZÉNEUSES CHEZ UNE JEUNE FILLE D'APPARENCE TUBERCULEUSE... (*in eodem*).

GUBLER. SON RÔLE EN PATHOLOGIE PHARYNGÉE (*Archives internationales...*, juillet-août 1907).

GUERSANT. SON RÔLE EN PATHOLOGIE PHARYNGÉE (*Archives internationales...*, sept.-oct. 1907).

THÉRAPEUTIQUE DES MALADIES DE LA BOUCHE, DU PHARYNX ET DU LARYNX, par A. HEINDL (traduction et annotations, en collaboration avec M. MENIER, 1 fascicule, octobre 1907).

PINEL. SON RÔLE EN PATHOLOGIE PHARYNGÉE (*Archives internationales...*, nov.-déc. 1907).

BROUSSAIS. SA LUTTE CONTRE BRETONNEAU À PROPOS DE LA DIPHTÉRIE (*Archives internationales...*, janvier-février 1908).

BACILLE DE LŒFFLER ET VÉGÉTATIONS ADÉNOÏDES (*Archives internationales...*, mars-avril 1908).

L'HISTOIRE DE L'OTOLOGIE DE POLITZER (*Archives internationales...*, mars-avril 1908).

TUBERCULOSE LARYNGÉE À ÉVOLUTION PARTICULIÈREMENT LENTE (*Archives internationales...*, mai-juin 1908).

DUPUYTREN. SON RÔLE EN PATHOLOGIE PHARYNGÉE (*Archives internationales...*, novembre-décembre 1908).

LES MAÎTRES DE L'ÉCOLE DE PARIS DANS LA PÉRIODE PRÉ-SPÉCIALISTIQUE DES MALADIES DU PHARYNX, DU LARYNX ET DU NEZ, 1er vol. in-8, Paris, Baillière, 1908.

CRUVEILHIER. SON RÔLE EN NOSOLOGIE PHARYNGÉE (*Archives internationales...*, janvier-février 1909).

FRAGMENT DE CURETTE DE GOTTSTEIN AVALÉ PAR UN ENFANT DE 26 MOIS ET RENDU DANS LES SELLES (*Archives internationales...*, mars-avril 1909).

BLACHE. SON RÔLE EN PATHOLOGIE LARYNGÉE (*Archives internationales...*, mai-juin 1909).

PSEUDO-MYCOSE PHARYNGÉE (en collaboration avec SARTORY, *Archives internationales...*, juillet-août 1909).

AVANT-PROPOS

Nous avons mentionné dans l'introduction les phases diverses par lesquelles ont passé les affections de l'organe phonateur avant l'emploi du laryngoscope ; mais il convient encore, avant d'étudier l'œuvre des maîtres de l'école de Paris qui ont écrit sur la nosologie laryngée dans la période pré-spécialistique, d'indiquer les notions anatomiques et physiologiques, ainsi que les vues de pathologie générale, sur lesquelles ils s'appuyaient pour étudier scientifiquement et cliniquement les différentes maladies de l'appareil vocal.

Anatomie. — Les médecins de la période gréco-romaine, à l'exception des Alexandrins contemporains des premiers Ptolémées [1], ne disséquèrent, comme on le sait, que des animaux. Mais ils multiplièrent, on peut le dire, leurs recherches pour accroître leurs connaissances sur les points importants de l'économie ; et, grâce à l'analogie incontestable de structure qui existe entre tous les mammifères placentaliens, les descriptions qu'ils nous ont laissées, du larynx notamment, sont déjà remarquables par leur précision. C'est ce qu'on constate surtout dans les écrits de Galien [2], grand anatomiste et grand physiologiste, quoique théoricien trop systématique et souvent trop nébuleux. Ainsi, dans le chapitre consacré à la dissection de l'organe phonateur, il indique avec une netteté déjà bien suffisante les cartilages principaux qui tous

1. Hérophile et Erasistrate.
2. Cet auteur semble avoir surtout étudié le larynx du porc.

portent des noms helléniques, ce qui indique bien que les anciens Grecs les connaissaient [1]. Il signale leur forme, leur grandeur, leurs rapports. Il mentionne l'articulation crico-aryténoïdienne et décrit les deux facettes cricoïdiennes sur lesquelles jouent les cartilages aryténoïdes ou plutôt le cartilage aryténoïde ; car, disséquant des animaux, le porc notamment où ces deux cartilages sont étroitement réunis par des adhérences fibreuses, il le croit unique. Il connaît tous les muscles laryngés sauf le thyro-aryténoïdien et donne quelques aperçus sur leur action. Il regarde, du reste, le crico-thyroïdien et l'ary-aryténoïdien [2] tantôt comme simples, tantôt et plus souvent comme doubles. Il a parlé de la muqueuse qu'il considère avec raison comme très glandulaire. Enfin, il sait quels sont les nerfs qui innervent l'organe et attribue, comme nous le dirons plus loin, au récurrent un rôle fondamental dans la phonation [3].

Au moment de la renaissance des études anatomiques, Vesale, le principal promoteur de celles-ci, s'en tint contre toute attente aux notions du médecin de Pergame [4]. Realdo Colombo l'accuse même de n'avoir jamais disséqué de larynx humain. Fallope redressa l'erreur de Galien à propos des cartilages aryténoïdes, démontrant qu'en réalité ils étaient doubles. Realdo Colombo accepta cette façon de voir, mais eut le tort de vouloir distinguer aussi deux cartilages thyroïdes unis sur la ligne médiane. A cet anatomiste revient le mérite d'avoir convenablement décrit la partie inférieure du muscle thyro-aryténoïdien. Eustachi fit connaître les fibres transversales et les fibres obliques du muscle ary-aryténoïdien. Fabrice d'Aquapendente s'est particulièrement occupé du larynx et y a fait des découvertes importantes. Il a étudié d'après Galien

1. Il est possible qu'il ait utilisé, dans ce but, les recherches de son maître Marinus, anatomiste très exercé.
2. Chez le porc, il est masqué par la graisse.
3. C'est par la vivisection et la clinique qu'il était arrivé à cette conclusion.
4. Vésale, mort jeune, n'a pu en effet embrasser dans ses recherches toute l'étendue de l'organisme.

les ventricules du larynx négligés par les anatomistes de la Renaissance. « Conformantur, in summa, partim a scutiformi, partim a musculo interno (thyro-aryténoïdien) scutiformi proximo qui, ob id, in porcis separatus distans a scutiformi conspicitur, vel potius dicas, musculum internum duplicari atque inter reduplicationem cavitatem membrana obductam conformari, quæ rimulæ (glotte) longitudinem fere æquet. Hos sane ventriculos ego non modo in porcis sed etiam in æquis observavi; qui tamen non omnino similes, sed ventriculi in æquo elatiores sunt ipsa rimula; orificium vero rotundum habent. In sue depressiones aut in ipsamet lingula (glotte) incisa. » Voici ce que dit cet anatomiste sur la glotte : « Glottis igitur composa pars et ex ea portione et utriusque arytenoïdeis cartilaginis quæ ab ejus articulo interius laryngis cavitatem spectat, in eamque porrigitur ut duo quadammodo ejus processus videatur et ex portione musculi interim qui exoriens a tuberculo seu angulo scutiformis; quousque ad utramque arytenoïdem aut potius arytenoïdis utrumque processum hinc inde inseratur et rimulam (glotte) efferat. » Fabrice d'Aquapendente montre qu'en définitive la glotte n'est composée ni par la graisse, comme on le pensait avant Galien, ni par une substance glanduleuse, ainsi que le croyait le médecin de Pergame, mais bien dans la plus grande partie de son étendue par un muscle, le thyro-aryténoïdien qu'il décrit bien mieux que ne l'avait fait Realdo Colombo. Il avait constaté que, chez le chevreau, ce dernier pouvait être divisé en plusieurs faisceaux distincts, qu'on peut retrouver, dit-il, avec un peu moins de facilité chez d'autres animaux. « Ultimi musculi duo sunt, videlicet par, in capacitate laryngis positi, quos in capreolo potes tres etiam in qualibet partes separare et numerare[1]. Sunt omnium laryngis musculorum maximi, imo magnitudine omnes reliquos musculos laryngis simul junctos fere superant, totam æquent opplentque (tapissent) internam laryngis cavitatem

1. Ce sont nos 3 faisceaux fondamentaux actuels.

et utrique carnosi sunt, transversam seu obliquam positionem, tandem glottidem magna ex parte constituunt. Triplex eorum assignari potest numerum: superior, inferior, medius. Unde in capro, sicuti dictum est in tres deducitur musculos. In aliis autem animalibus separationis aliquod vestigium non deest. » En avant, les fibres s'insèreraient à la membrane qui joint le cricoïde au cartilage thyroïde, au bord inférieur de celui-ci et enfin à sa face interne. En arrière, le muscle s'attacherait par son faisceau inférieur sur le tubercule de l'aryténoïde et par ses autres fibres sur la face interne de ce cartilage et sur le ligament aryténo-épiglottique[1].

Morgagni, dans la deuxième partie de sa première lettre sur les animadvertationes anatomicæ, a précisé assez heureusement quelques points de l'anatomie de l'organe. S'il a eu le tort de regarder comme glanduleuse la masse graisseuse située en avant de l'épiglotte et de l'appeler même glande épiglottique, faisant aboutir ses canaux excréteurs aux trous profonds dont est parsemée la face postérieure de ce fibrocartilage, il a été plus heureux avec les glandes aryténoïdiennes dont il a indiqué la forme en L; il faut même noter qu'à propos de la branche verticale de cet L, il a mentionné nettement le cartilage qui porte le nom de Wrisberg. Cet illustre anatomopathologiste a mieux décrit enfin que ses prédécesseurs les ventricules du larynx, qui depuis ont été assez justement appelés de son nom, bien que Galien et Fabrice d'Aquapendente les eussent signalés avant lui, ainsi qu'il a été vu plus haut[2].

Santorini, dans le cinquième chapitre de ses *Exercitationes anatomicæ*, mentionne ses recherches très fructueuses sur l'organe phonateur. Non seulement il a décrit avec beaucoup de précision les cartilages du larynx[3], mais c'est lui qui a fait connaître la membrane crico-thyroïdienne avec son ligament conoïde, et surtout la membrane thyro-hyoïdienne dont il

1. Fabrice d'Aquapendente a commencé aussi à élucider la physiologie de l'organe phonateur. Voir plus loin.
2. Morgagni a aussi assez bien décrit l'articulation crico-aryténoïdienne.
3. Ex. : cartilages de Santorini.

signala les insertions, le mode de constitution et les rapports. Il a fait, après Fabrice d'Aquapendente, une bonne étude du muscle thyro-aryténoïdien dont il a mentionné le faisceau épiglottique ; il a décrit le muscle ary-épiglottique qui n'est pas constant. A côté de ces remarquables découvertes se sont glissées quelques erreurs. C'est ainsi que Santorini a considéré les grandes cornes de cartilage thyroïde comme des parties indépendantes. Il a cru apercevoir aussi un canal excréteur du corps thyroïde qui déboucherait dans l'intérieur du larynx.

On a peu ajouté, vers la fin du XVIIIe siècle, à cet ensemble vraiment remarquable de connaissances réunies par les hommes éminents dont nous avons énuméré les travaux sur le larynx [1]. Ce n'est que plus tard, près du milieu du XIXe siècle, grâce surtout au microscope, qu'on a complété leur œuvre sur la structure de l'organe phonateur. Au début de la période que nous étudions, on ose à peine affirmer l'existence d'une sorte d'épithélium indistinct. C'est Rheimer, puis Kölliker qui indiquèrent les portions qui sont pavimenteuses, stratifiées et celles qui sont cylindiques. Les éléments lymphoïdes ne seront connus que beaucoup plus tard, vers 1873, grâce à Coyne.

Physiologie du larynx. — Les trois fonctions du larynx, c'est-à-dire défense contre les aliments lors de la déglutition, rôle respiratoire et rôle phonateur étaient encore bien mal interprétées à une époque déjà très rapprochée de la nôtre. Ainsi, pendant fort longtemps [2], on attribuait à la seule épiglotte le pouvoir d'empêcher l'envahissement des voies respiratoires par les liquides ou les solides en train de traverser le pharynx. Mais, vers 1813, Magendie montra que la glotte se resserrait à chaque mouvement de déglutition

1. Winslow et Albinus n'ont apporté que quelques perfectionnements de détail. Ils ont eu surtout le mérite de mieux élucider le rôle des muscles du larynx. Lieutaud est beaucoup trop simpliste.

2. C'était l'opinion des médecins de la période gréco-romaine, de Galien notamment.

et qu'elle s'opposait ainsi à l'entrée des aliments, même quand l'épiglotte avait été détruite par un traumatisme ou une maladie. Il prouva le fait par de nombreuses vivisections.

Quant au *rôle respiratoire*, on savait depuis Galien que la glotte, en se resserrant, gêne notablement le passage de l'air à travers le larynx. Depuis qu'on avait étudié plus attentivement, à l'époque de la Renaissance et des temps modernes, la musculature de l'organe, on tendait à attribuer à celui-ci le rôle d'un conducteur aérien beaucoup moins passif[1] que l'est par exemple celui de la trachée et des bronches. Mais, si Winslow et Albinus avaient assez bien précisé l'action de certains muscles laryngés, la répartition en muscles dilatateurs et en muscles constricteurs de la glotte était encore bien fautive. D'ailleurs, leur innervation n'était pas encore suffisamment connue. Depuis Magendie, on tendait même à dépouiller le récurrent en faveur du nerf laryngé supérieur.

Le *mécanisme de la voix* a été l'objet, depuis l'antiquité jusqu'à l'invention du laryngoscope, d'un grand nombre de théories diverses que nous allons énumérer.

Aristote et Galien[2] faisaient de l'organe phonateur l'anche d'une flûte dont la trachée-artère serait le corps. Fabrice d'Aquapendente, qui s'occupa beaucoup de la physiologie du larynx, adopta cette opinion. Au début du XVIIIe siècle, Dodart (*Mémoires de l'Académie des sciences*, 1700), compara l'appareil vocal à un cor ou plutôt à une trompette, la glotte laryngée représentant les lèvres du musicien, le corps de l'instrument allant de la glotte à l'orifice buccal. Cette théorie fut admise, comme le dit Haller « magno cum plausu ». En 1742, Ferrein, professeur à Montpellier,

1. Le spasme laryngé des accès d'épilepsie et d'hystérie est connu depuis la période gréco-romaine ; mais ce phénomène n'a été bien étudié que vers la fin du XVIIIe siècle.

2. En réalité, ces deux auteurs ont fort peu développé cette hypothèse qu'ils se contentent d'émettre.

considéra le larynx comme un instrument à corde, les ligaments de la glotte constituant les cordes du violon, de là le nom de cordes vocales qu'il leur imposa et qui est resté. Le courant d'air jouerait le rôle de l'archet, le cartilage thyroïde serait le point d'appui et les aryténoïdes les chevilles. Les cordes seraient tendues ou détendues par les muscles laryngés. Bichat, qui fit sur le sujet un grand nombre d'expériences ingénieuses, ne se prononça pas, tandis que Richerand, voulant concilier les opinions adverses, admit que le larynx était à la fois un instrument à corde et à vent. Cuvier revint à la théorie qui faisait de l'organe phonateur une flûte.

En 1806, dans sa thèse inaugurale, Dutrochet attribua les phénomènes sonores à la vibration des fibres musculaires du muscle thyro-aryténoïdien contenues dans les cordes vocales inférieures, le larynx étant considéré comme un instrument vibrant mais ne possédant pas de tuyau. Biot et Magendie adoptèrent l'hypothèse qui assimilait l'organe phonateur à un instrument à anche tel que le hautbois, le basson, etc. Savard, très habile physicien de l'époque, qui a fait sur l'acoustique des travaux remarquables, comparait le larynx à un appeau, instrument qui, comme on le sait, est court et percé à chaque bout d'un petit orifice dont les chasseurs se servent pour imiter le cri des oiseaux. La glotte et les ventricules prendraient suivant cette théorie une grande part à la formation primitive des sons vocaux. L'air, traversant la glotte, irait frapper les ligaments supérieurs ; ceux-ci ceindraient l'orifice supérieur de l'instrment (appeau) et rempliraient les mêmes fonctions que les biseaux des tuyaux d'un orgue. Alors l'air contenu dans le larynx vibrerait et rendrait un son qui acquiert de l'intensité parce que les ondes sonores se renforceraient dans le pharynx, la cavité buccale et les fosses nasales. Despina, de Bourg (Thèse de doctorat, Paris, 1822), faisait du larynx quelque chose d'analogue au tube mobile du trombone, instrument dans lequel le son est formé à l'embouchure et où le corps de

l'instrument allongé ou raccourci donne des notes bien différentes.

Pathologie générale. — Le voisinage du larynx avec le pharynx et le nez avait, depuis l'antiquité, fait comprendre aux médecins que les affections des cavités gutturales et nasales retentissent très fréquemment, à un moment donné de leur évolution, sur celle de l'organe phonateur; la clinique avait confirmé le fait, principalement au cours d'affections catarrhales fébriles généralisées, telles que l'influenza et la rougeole. On savait aussi que laryngite, trachéite, bronchite ne sont fréquemment que des localisations différentes d'un même processus morbide[1]. La propagation d'amygdalites suppurées aux voies aériennes et la gravité des inflammations laryngées qui se développent dans de pareilles circonstances[2], avaient été notées déjà par les auteurs gréco-romains. Leur conception de la cynanche ou angine qui ne se voit pas, c'est-à-dire esquinancie occupant les parties profondes du cou telles que le larynx, montre qu'ils n'ignoraient pas la gravité de certaines affections laryngées, bien qu'ils ne sussent pas très bien localiser le processus morbide. Dans ce cas, Galien avait déjà dit qu'on se tirait d'affaire en se rappelant que les troubles pharyngés frappent surtout la déglutition et les troubles laryngés la phonation, vue profonde qui aurait pu éclairer la pathologie de l'organe si la barbarie n'était venue sur les entrefaites tuer la civilisation gréco-romaine.

Avec la théorie des humeurs[3] et de leurs métastases, on pouvait se rendre assez facilement compte pourquoi certaines maladies générales ou même locales retentissaient un moment donné sur l'organe phonateur. Habitués à ces idées,

1. Cette remarque avait déjà été faite par les Hippocratiques lors des épidémies d'influenza, et, aux époques suivantes, elle fut bien des fois vérifiée.

2. Ils supposèrent parfois que le mal avait gagné.

3. En somme, les humeurs peccantes jouaient le rôle de nos microbes et de nos réflexes, pour expliquer les actions à distance.

les grands épidémiologistes de la Renaissance ne furent point surpris de constater, de temps à autre, la participation du larynx aux manifestations de telle ou telle pyrexie. Plus tard, le pli étant pris, malgré les changements de doctrine, les auteurs qui se firent les historiens des épidémies de variole, de rougeole, de scarlatine, d'influenza, aux XVIe, XVIIe et XVIIIe siècles, signalèrent fréquemment l'existence de complications laryngées. Lorsque le physiologisme de Broussais s'implanta, il devint plus difficile de comprendre la participation de l'organe phonateur; mais, par contre, ce système simpliste reliait assez bien les lésions successives en un même point[1]. Au début, il y aurait de la congestion : cette congestion s'exagérant dégénérerait en inflammation, le processus morbide principal étant de nature phlegmasique. Si celui-ci continuait à s'aggraver, on aboutissait aux ulcères et à la gangrène. D'autre part, l'inflammation pouvait être sèche[2], catarrhale, fibrineuse, purulente, suivant son intensité et les éléments anatomiques intéressés. Bretonneau, en prouvant la spécificité de la diphtérie, porta un coup terrible aux vues éloquemment soutenues par Broussais; d'autre part, certains auteurs se demandèrent bientôt, contrairement à Devergie qui abondait dans les idées du physiologisme, si les ulcères n'étaient pas dûs eux aussi à des causes spéciales. C'est l'opinion que Valleix, entre autres, devait défendre avec une grande force d'argumentation. Dès lors, on tendit à ne plus admettre que la phtisie laryngée puisse succéder à une simple phlegmasie chronique, à une laryngite chronique vulgaire. En effet, on s'aperçut bientôt que les malades qui étaient atteints de ce syndrome étaient des tuberculeux ou des syphilitiques.

C'est surtout les troubles mécaniques de la respiration,

1. Broussais a eu également le mérite de mieux faire connaître les phlegmasies chroniques assez négligées avant lui.

2. C'est au créateur du physiologisme que l'on doit la connaissance de certaines formes sèches d'angine ou de laryngite aiguës, sur lesquelles l'attention des praticiens n'a pas toujours été suffisamment attirée. A côté de la variété légère érythémateuse, surtout congestive. de ces phlegmasies sèches, il y en a de plus graves, à tendances parfois remarquablement chroniques et scléreuses qu'on voit surtout chez les neuro-arthritiques.

tantôt simplement inspiratoires (œdème de la glotte), tantôt à la fois inspiratoires et expiratoires (tumeurs, croup), continus ou au contraire intermittents (spasme) qu'on redoutait dans la laryngite. Voilà le gros danger qu'on craignait pardessus tout et qui tenait constamment l'attention en éveil[1].

On se préoccupait beaucoup moins des troubles vocaux encore fort mal connus, du reste. On distinguait des aphonies sympathiques (réflexes), hystériques, vénériennes, scrofuleuses, exanthématiques (pyrexies exanthématiques), atoniques, vermineuses, etc. On savait, depuis Galien, que les compressions ou les sections bilatérales des nerfs récurrents entraînent la perte de la voix. Dans le cours du XIXe siècle, des médecins de grande valeur tels que Cruveilhier firent ressortir l'importance à ce point de vue de l'anévrisme de la crosse de l'aorte. L'aphonie et les crises de suffocation qu'on y constate produiraient, disaient-ils, une assez étroite analogie symptomatique avec l'œdème de la glotte.

On connaissait déjà la dysphonie, mais son étiologie était tout aussi étendue et aussi vague que celle de l'aphonie. De plus, son mécanisme ne pouvait être bien exactement interprété, puisqu'on ignorait le mode de production exact de la phonation. On rangeait sous cette appellation non seulement la voix bitonale, mais encore le nasonnement.

L'enrouement avait été déjà signalé comme un phénomène important des laryngites aiguës et surtout des laryngites chroniques. On savait que parfois ces assourdissements, ces fatigues de l'organe vocal sont, malgré leur bénignité apparente, l'avant-coureur des maladies les plus graves (phtisie laryngée). Depuis longtemps, on avait signalé les effets fâcheux, sur la voix, des excès sexuels, de la débauche et surtout de l'alcoolisme. Enfin les syphiligraphes savaient que la voix était souvent altérée, parfois perdue et réduite

1. Comme exemple, on peut citer le croup. La plupart des auteurs de la première moitié du XIXe siècle considèrent l'asphyxie comme le plus grand péril de l'affection.

au chuchotement chez certains vénériens ; mais l'origine de ces désordres vocaux n'était guère précise, la syphilis de larynx étant encore tout à fait dans l'enfance, même en plein XIXe siècle[1].

Enfin, notons l'importance croissante, dans les préoccupations des nosologistes, du spasme laryngé. Depuis très longtemps, on savait que l'hystérie et l'épilepsie ont fréquemment des manifestations analogues à l'étranglement. Cette notion était, pour ainsi dire, classique dans l'attaque légère d'hystérie appelée vapeurs et à plus forte raison dans l'attaque ordinaire. On l'attribuait au globe utérin remontant vers le cou et venant boucher les voies respiratoires. C'était du moins l'explication qu'on en donnait aux temps hippocratiques. Un peu plus tard, on l'attribua à un rétrécissement spasmodique de la glotte. Avec le faux-croup ou laryngite striduleuse se posa surtout la question de la fréquence et de l'importance du spasme en nosologie laryngée, le croup étant caractérisé surtout par l'obstruction mécanique et la laryngite striduleuse par une sorte de convulsion de la glotte. Ce sera la théorie défendue par Guersant. La question se posa encore avec l'asthme de Kopp, et, dans une intéressante étude sur la question, Blache distinguera des spasmes laryngés dus à une affection locale de l'organe phonateur, des spasmes laryngés sympathiques[2] et enfin des spasmes laryngés déterminées par des affections des centres nerveux cérébro-spinaux.

Ordre adopté. — Nous aurions désiré pouvoir faire une répartition par ordre de matière ; mais, pour cela, il fallait un tout autre plan, par exemple celui adopté pour notre *Histoire des maladies du pharynx*, c'est-à-dire étudier la nosologie laryngée non par auteurs mais par

1. En général, ce sont les praticiens de la médecine générale et non les syphiligraphes qui nous ont fait connaître les désordres morbides d'origine spécifique de l'organe phonateur.

2. On dirait aujourd'hui : réflexes.

affections. Notre but étant tout autre, comme il a été dit dans notre préface, nous avons préféré employer tout simplement ici l'ordre alphabétique, parce que, les écrivains à analyser ayant vécu souvent assez longtemps, comme Trousseau, pour être contemporains de diverses périodes, l'ordre chronologique est impossible pour une époque si courte.

Nous avons pensé pouvoir cependant recueillir les avantages des diverses méthodes, en indiquant pour les principales maladies les auteurs à consulter, surtout pour les trois grandes questions en voie d'élucidation dans l'époque pré-spécialistique du XIXe siècle, c'est-à-dire le *croup*, l'*œdème de la glotte*, et la *phtisie laryngée*.

Pour le croup, c'est Royer-Collard, Guersant, Trousseau.

Pour l'œdème de la glotte : Bayle, Bouillaud, Cruveilhier, Trousseau (pour l'œdème de la glotte des tuberculeux), Sestier.

Pour la phtisie laryngée : Cruveilhier, Valleix, Monneret et principalement Trousseau et Belloc.

Certains écrivains ont eu surtout le mérite de faire un exposé fidèle et relativement très complet sur la pathologie de l'organe phonateur. Cela a été le rôle de Blache, de Valleix et de Monneret.

Pour l'*anatomie pathologique*, c'est Andral et Cruveilhier qu'il faut étudier, principalement au point de vue des altérations morbides de la périchondrite, le dernier de ces écrivains ayant, d'autre part, su faire connaître, sous le nom de laryngite sous-muqueuse sous-glottique, l'aspect clinique de la nécrose du cartilage cricoïde.

II. — MALADIES DU LARYNX

A. — Médecins

I. — ANDRAL.



Le principal mérite d'Andral en nosologie laryngée est d'avoir donné une excellente description des altérations morbides de l'organe phonateur, qui complète en bien des points, secondaires il est vrai, celle de Morgagni. Contrairement à Louis, autre grand anatomo-pathologiste de l'époque, il a soutenu, jusqu'à un certain point, l'existence du tubercule en ce point spécial de l'organisme ; il a bien dépeint les ulcérations qu'on peut y rencontrer et a même esquissé, sommairement, la périchondrite, utilisant dans ce but ses recherches personnelles et les quelques matériaux que lui avaient laissés ses prédécesseurs. Il est vrai que, de ce côté, il est resté inférieur à Cruveilhier qui a su tracer en outre l'histoire clinique d'une des formes de cette affection : la périchondrite du cartilage cricoïde.

Moins importantes sont ses remarques cliniques sur les affections de l'appareil vocal. Cependant les tableaux qu'il en donne dans son cours de pathologie interne ne sont pas sans mérite ; mais il faut tenir compte ici de la collaboration possible de Latour, qui rédigea l'ouvrage sur les notes du maître...

En lisant les cliniques médicales d'Andral qui sont dues certainement à la plume de celui-ci, on constate que l'éminent professeur s'était préoccupé à plusieurs reprises des maladies du larynx, dont l'importance ne pouvait lui échapper. Il

sut du reste, en temps opportun, quand les opinions de Bretonneau suscitaient encore une vive résistance, se ranger du côté de la bonne doctrine. Il faut faire, à ce propos, remarquer que l'auteur, bien que partageant les tendances pathogéniques de ses contemporains, n'a jamais eu les vues rétrécies de beaucoup d'entre eux. Quoique solidiste, il a compris maintes fois ce qu'avaient de général certains processus morbides et, pour la diphtérie et les fièvres notamment, il a reconnu que c'était principalement à leur étiologie que ces maladies devaient leur aspect spécial. C'était rompre ouvertement avec la doctrine des causes banales soutenues avec tant d'âpreté par Broussais.

I. — **Traité d'anatomie pathologique d'Andral.** — L'auteur adopte l'ordre didactique de son époque : congestion, œdème, inflammation, ulcère, tumeur. Il admet que l'hyperémie est fréquente dans le larynx et le plus souvent de processus irritatif, la congestion par stase mécanique ne se voyant que dans les petites bronches (bronchopneumonie, première période). La dilatation vasculaire pourrait être générale, ou partielle. Elle coïnciderait ou non avec l'hyperémie des bronches. Ses caractères seraient les mêmes que ceux de la congestion en d'autres points de l'organisme.

Assez souvent on noterait, en même temps qu'une vascularisation, de l'épaississement de la muqueuse laryngée. Mais ce serait surtout dans les inflammations qu'on constaterait ce gonflement très perceptible au niveau de certains replis tels que les cordes vocales. Il serait très facile à constater par exemple sur les cadavres d'enfants ayant succombé au croup. On le retrouverait aussi parfois assez notable chez les individus qui ont eu pendant la vie une toux ancienne. « L'hypertrophie de la membrane muqueuse peut encore se montrer sous d'autres formes que celles décrites ci-dessus. Bornée à un point circonscrit, elle peut dans ce point donner naissance à des tumeurs qui font au-dessus du niveau du reste de la muqueuse une saillie plus ou moins considérable. Ces tumeurs ont été plus souvent observées dans le larynx que dans les autres parties du tube aérien ». A ce propos, il cite un cas type de productions morbides encore fort mal connues à l'époque où il écrivait. « J'ai vu, il y a quelques années, à la Charité, un larynx dont la partie supérieure était en grande partie obstruée par une végétation blanchâtre, membrane ressemblant à une tête de choux-fleur et se continuant intimement par une large base avec la membrane muqueuse. M. Ferrus en a montré une pièce à peu près semblable à l'Académie de médecine. »

Le contraire de l'hypertrophie, c'est-à-dire l'*atrophie*[1] de la muqueuse doit, dit-il, se rencontrer parfois, bien qu'il n'ait jamais eu occasion de vérifier le fait.

L'auteur s'exagère la fréquence et l'importance du ramollissement des couches superficielles internes du larynx. « Dans cet organe, on le voit souvent exister au niveau des cordes vocales, ou au fond des ventricules. En pareil cas, le ligament thyro-aryténoïdien montre à peu près à nu ses fibres resplendissantes; elles ne sont plus recouvertes que par une pulpe blanche ou rouge d'inégale épaisseur, et dont en plusieurs points on ne trouve plus même de vestiges. » Ce ramollissement serait souvent la seule lésion appréciable au cours des investigations nécropsiques du côté du larynx, sur les cadavres d'individus ayant eu pendant longtemps une grave altération de la voix.

Quant aux pertes de substances : « La membrane muqueuse peut s'ulcérer. C'est dans le larynx que ces ulcérations sont les plus fréquentes. Elles occupent dans cet organe divers points qui ne sont pas indifférents à noter, puisqu'il en résulte pour la voix des modifications diverses. Ainsi elles peuvent avoir pour siège :

« 1° l'épiglotte dont elles envahissent l'une ou l'autre face ;

« 2° les cordes vocales ;

« 3° les ventricules ;

« 4° l'angle rentrant que forment par leur union en avant les deux pièces du cartilage thyroïde ;

« 5° en arrière, la portion de muqueuse placée entre les deux cartilages aryténoïdes ;

« 6° les différentes parties de la muqueuse situées hors de ces points, dans chacun desquels il faut d'abord s'occuper de chercher les ulcérations, toutes les fois que l'on ouvre un larynx que l'on croit malade.

« Quelquefois la superficie du larynx est comme criblée d'ulcérations ; d'autres fois on n'en trouve qu'une seule, mais vaste, qui occupe la moitié, les trois quarts de la cavité ; il est des cas où dans tout un côté du larynx on ne trouve plus aucune trace de la muqueuse.

« Les ulcérations de la muqueuse des voies aériennes ont ordinairement pour fond les tissus qui lui sont sous-jacents. Quelquefois la couche mince de tissu cellulaire interposée entre la muqueuse et les autres tissus acquiert une grande épaisseur et forme le fond de l'ulcération ; mais, dans d'autres

1. Qui se rencontre en effet, par exemple, dans la laryngite sèche ozéneuse.

cas, l'ulcération qui n'avait envahi que la muqueuse, s'étend en profondeur ; les tissus sous-jacents sont, tour à tour, détruits et il peut enfin résulter une perforation qui peut donner lieu à des phénomènes différents ; ainsi on a vu quelques cas de fistules situées à l'angle de réunion des deux pièces du cartilage thyroïde. »

Rien de spécial à noter sur les fausses membranes du croup déjà fort bien connues du reste et dont Bretonneau avait donné une description magistrale qui est restée ; mais Andral se rattrape, pour ainsi dire, sur la *périchondrite*, la plus importante et la plus fréquente, suivant lui, des lésions sous-muqueuses.

« C'est le tissu cartilagineux qui est le siège des altérations les plus fréquentes et c'est surtout dans le larynx où il est le plus développé.

« Si, dans le larynx, nous étudions les divers états morbides que sont susceptibles de présenter les cartilages, nous trouverons d'abord que ces états morbides ne sont pas rares dans l'épiglotte.

« Ce cartilage perd souvent sa forme normale, ce qu'il peut devoir moins à une altération propre à son tissu qu'à l'épaississement de la membrane muqueuse qui le recouvre, ou du tissu cellulaire situé au-dessus de cette muqueuse. Son ossification, bien que très rare, a été observée. Il peut être beaucoup moins mobile que de coutume et ne plus s'abaisser que difficilement ou incomplètement sur l'ouverture supérieure du larynx. D'autres fois on n'en trouve plus que des rudiments, détruit qu'il a été par une ulcération dont le point de départ a été soit en lui, soit dans la membrane muqueuse qui l'enveloppe.

« Les autres cartilages du larynx présentent à peu près les mêmes lésions que l'épiglotte : ainsi, on les voit souvent s'ulcérer, devenir inégaux à leur surface, tendre à se détruire. Cette ulcération peut s'accomplir par suite de l'ulcération des parties molles qui les recouvrent ; d'autres fois, elle est primitive ; du pus s'amasse alors au-devant du point ulcéré, et il s'établit un trajet fistuleux dont une ulcération de la membrane muqueuse du larynx forme l'orifice externe. Ce trajet aboutit quelquefois à la surface extérieure du larynx.

« Dans quelques cas, on l'a vu avoir son origine dans une des articulations qui unissent entre eux les divers cartilages ; cette articulation était pleine de pus, ses ligaments étaient détruits, et les surfaces articulaires plus ou moins altérées. »

Peu de choses à signaler sur la transformation osseuse des cartilages laryngés. « L'*ossification* des cartilages thyroïde et

cricoïde est un phénomène normal chez les vieillards; mais cette ossification peut se faire prématurément, et elle constitue alors un état morbide. Je ne sache pas que l'ossification des cartilages aryténoïdes ait jamais été observée... »

A propos des muscles du larynx, Andral fait une constatation anatomique importante : « Le tissu musculaire qui, chez certains animaux, est si développé depuis le larynx jusqu'aux bronches n'est guère apercevable chez l'homme que dans le larynx et dans quelques points de la trachée. Mais, dans l'état pathologique, j'ai quelquefois constaté que, chez l'homme aussi, le tissu musculaire existe dans les parois des bronches. » Le ramollissement, la désintégration des fibres, est signalé de la manière suivante : « Dans le larynx, où le tissu musculaire est arrangé en faisceaux distincts qui y remplissent de si importantes fonctions, ce tissu présente quelques altérations qui jouent un rôle important dans les maladies du larynx. Ainsi, il est des cas où l'on trouve les muscles de cet organe atrophiés, ramollis, plus ou moins détruits; ailleurs, ils sont infiltrés de mucosités, de pus de nature tuberculeuse.

« Dans quelques cas d'aphonie complète où, en examinant la surface interne du larynx, on n'avait d'abord découvert aucune lésion, il m'est arrivé de trouver la cause de la perte de la voix, en cherchant au fond des ventricules le muscle thyro-aryténoïdien, dont je trouvais les fibres, tantôt notablement atrophiées, et tantôt écartées par divers produits de sécrétion morbide. »

C'est dans les lésions du tissu lamineux qu'il range l'*œdème* et le *tubercule*. « Les diverses parties dont nous venons d'examiner les lésions sont unies entre elles par du tissu cellulaire, qui, lui-même joue un rôle important dans les maladies du conduit aérifère.

« Dans le larynx, ce tissu cellulaire s'hyperémie très fréquemment; il s'atrophie, s'épaissit, s'indure et revêt l'aspect squirrheux; par son épanouissement, il diminue le calibre du larynx, il gêne le jeu des muscles, et altère la forme des mouvements de l'épiglotte. Ce tissu cellulaire peut encore s'infiltrer de sérosité, et l'œdème de la glotte, si bien décrit par Bayle, n'est autre chose qu'une infiltration séreuse considérable du tissu cellulaire situé entre les replis de la membrane muqueuse qui circonscrivent l'ouverture supérieure du larynx; de là résultent le soulèvement de cette muqueuse et l'obstruction plus ou moins complète du larynx. Cet œdème peut survenir comme maladie idiopathique; mais ce cas n'est pas le plus commun et ordinairement il se lie à un état d'hyperémie aiguë de la membrane muqueuse du larynx

(Bouillaud, *Archives générales de médecine*, 1825) ; souvent, enfin, il se montre pendant le cours des affections chroniques de cet organe. Il peut s'établir lentement, ne devenir jamais très considérable, et ne pas gêner la respiration.

« D'autres fois, il survient tout à coup, acquiert tout à coup aussi un grand développement, et produit rapidement la mort au milieu d'un état d'asphyxie.

« D'autres produits de sécrétion morbide peuvent se former aussi dans le tissu cellulaire des parois du larynx. On y a observé du pus tantôt infiltré, tantôt réuni en petits foyers. »

Bouillaud aurait, dit Andral, cité un cas fort remarquable d'abcès sous-muqueux du larynx. « J'ai vu un cas dans lequel un des ventricules du larynx était occupé par une tumeur fluctuante qui faisait saillie dans l'intérieur du larynx ; une incision légère en fit jaillir du pus. » Enfin, dans ce tissu cellulaire se déposerait aussi de la matière tuberculeuse. « C'est surtout dans l'épaisseur des parois du larynx qu'on la rencontre sous forme de petites masses isolées. J'ai trouvé une fois, sur un enfant dont je faisais l'ouverture, un exemple fort remarquable de sécrétion tuberculeuse dans le tissu cellulaire qui unit les principales bronches au parenchyme pulmonaire. »

II. — **Cliniques médicales d'Andral.** — Dans cet ouvrage, Andral signale l'existence assez fréquente, suivant lui, de *pseudo-membranes fibrineuses* au cours de la phtisie laryngée.

« Chroniquement enflammée, cette membrane présente un genre d'altération digne d'être signalé : c'est la production de fausses membranes qui, par leur forme, par leur consistance, par leur siège, sont tout à fait semblables à quelques-unes des nombreuses variétés des fausses membranes du croup. Chez plusieurs phtisiques dont la voix avait été complètement éteinte ou du moins fortement altérée dans les derniers temps de leur vie, nous avons trouvé le larynx et, en particulier, ses ventricules tapissés par une couche membraniforme plus ou moins épaisse. Nous avons vu, dans les mêmes circonstances, les deux faces de l'épiglotte revêtues et comme incrustées d'une semblable couche [1].

« Ainsi donc la laryngite membraneuse, ou croup à l'état chronique, nous paraît être une affection qui est loin d'être rare chez les phtisiques. Elle peut déterminer des accidents

1. Il s'agit de dépôts purulents desséchés et comme crustacés ; parfois cependant il s'y mêle une certaine proportion de fibrine.

variables en raison du siège et de l'épaisseur des fausses membranes. » Du reste pas de réaction symptomatique. « Dans le plus grand nombre des cas, toutefois, elle ne nous a pas paru produire d'accidents particuliers et de symptômes spéciaux. La largeur du larynx chez l'adulte est sans doute une raison qu rend, chez lui, beaucoup moins grave que chez l'enfant la formation de pseudo-membranes à la face interne de l'organe vocal. »

Voici comment l'auteur décrit les *granulations* du larynx. « Les follicules qui existent en grande quantité dans la membrane muqueuse du larynx sont susceptibles de s'affecter, soit en même temps que le reste de la membrane à laquelle ils appartiennent, soit d'une manière isolée. L'une des affections de ces follicules, qui est en quelque sorte l'intermédiaire entre l'état sain et l'état morbide, est leur développement insolite. Ils apparaissent alors sous forme de granulations, petites, grisâtres disséminées sur la muqueuse laryngienne. L'existence de ces granulations coïncide souvent avec d'autres altérations du larynx, résultat de sa phlegmasie chronique.

« Souvent toute la surface interne du larynx est parsemée de petites taches d'un blanc plus mat que le reste de la membrane, faisant au-dessus d'elle une notable saillie, entourées d'un cercle rouge comme d'une sorte de couronne vasculaire, et présentant quelquefois, à leur centre, un autre point rouge. Ces taches ont été prises souvent pour des érosions ou ulcérations superficielles de la membrane muqueuse. Telle n'est point leur nature ; la forme régulière qu'elles affectent, la saillie qu'elles présentent, l'injection qui occupe soit leur périphérie, soit leur centre, nous portent à regarder ces taches comme des follicules muqueux enflammés. »

Pour Andral, le *tubercule ne serait ici qu'une folliculite plus ou moins suppurée.* « Plus volumineux et rougis par l'inflammation, les follicules du larynx comme ceux de l'intestin, représentent des pustules, des boutons qui tendent à se terminer par ulcération, D'autres fois, ces mêmes pustules ou boutons, qui ne sont que des follicules développés, perdent leur couleur rouge pour prendre celle d'un blanc mat ou jaunâtre qui annonce l'existence d'une sécrétion purulente à l'intérieur.

« S'ils continuent à augmenter de volume, il peut en résulter de petits abcès, tous à peu près d'égale grandeur, disséminés à la surface interne du larynx. D'autres fois, le pus que sécrète le follicule est concret, grumeleux ; il en résulte alors de petites tumeurs dures et arrondies, situées, comme le follicule, au-des

sous de la muqueuse, et que l'on désigne dans le larynx comme dans l'intestin, sous le nom de *tubercules*.

« Au bout d'un certain temps, le pus concret, demi-solide, plus ou moins semblable aux grumeaux que sécrètent les fausses membranes qui tapissent la surface interne de certains abcès froids, ce pus, dis-je, cette matière dite tuberculeuse tend à sortir et, pour cela, il s'établit dans la muqueuse un travail inflammatoire qui se termine par ulcération, laquelle n'a peut-être été dans le principe qu'un agrandissement de l'orifice du follicule. Sans doute, ce serait aller au delà des faits que d'affirmer que tous les tubercules des muqueuses ne sont que des follicules malades ; mais nous croyons pouvoir admettre qu'il en est ainsi dans un grand nombre de cas, nous fondant principalement sur les motifs suivants :

« 1° Dans les muqueuses, la forme, la disposition, le siège, le mode de développement, la terminaison par ulcération des tubercules rappelle la forme, le siège, etc., des follicules soit sains, soit enflammés.

« 2° A la peau, nous avons eu occasion de voir des follicules s'altérer, se développer, se remplir de pus et devenir alors à peu près semblables aux tubercules des muqueuses, lorsque surtout le pus qui les remplissait avait un certain degré de consistance.

« 3° Chez le cheval, où les cryptes muqueuses sont beaucoup plus développées que chez l'homme, nous avons pu suivre d'une manière rigoureuse les nombreuses transformations que ces cryptes ou follicules sont susceptibles de subir. Nous les avons vues se remplir de matière suifeuse, sébacée, gélatineuse, de manière à représenter des tumeurs athéromateuses, mélicériques, de véritables tannes de la peau. Nous avons vu leurs parois s'indurer, s'épaissir, devenir fibreuses ou cartilagineuses.

« Quoi qu'il en soit d'ailleurs de cette étiologie, toujours est-il qu'assez souvent, chez les phtisiques, on trouve la muqueuse du larynx soulevée, en divers points de son étendue, par de petits corps arrondis, d'un blanc mat ou jaunâtre, que l'on appelle *tubercules*. Au-dessus d'eux, la membrane muqueuse ne présente souvent aucune altération appréciable. »

Mais l'idée d'ulcération, suite de processus inflammatoires vulgaires, était si bien ancrée, grâce à Broussais[1], qu'Andral écrit :

1. Pour Andral, le processus anatomique des ulcérations laryngées, sinon les causes, serait donc en quelque sorte spécifique, puisque les ulcères résulteraient presque toujours du cantonnement de la phlegmasie à un élément particulier, l'élément glandulaire.

« Rien ne prouve d'ailleurs que telle soit l'origine de la plus grande partie des ulcérations du larynx ; et il est moins commun qu'on ne le dit de rencontrer chez les phtisiques des tubercules du larynx...

« Quelle que soit l'origine des ulcérations du larynx, l'observation apprend qu'elles sont très fréquentes chez les phtisiques. Voici le résultat de nos recherches à cet égard.

« Rien n'est plus variable que l'étendue des ulcérations du larynx. Souvent elles occupent un espace tellement petit, qu'elles peuvent être très facilement inaperçues. D'autres fois, toute la surface interne du larynx ne présente plus, en quelque sorte, qu'une seule et vaste ulcération. Au milieu de cette vaste solution de continuité, on n'aperçoit plus, çà et là, que des débris de la membrane muqueuse qui semblent comme des végétations rouges, irrégulières, au milieu d'une surface dont la couleur et l'aspect varient en raison des tissus qui la constituent. »

III. — **Cours de pathologie interne**. — L'*œdème* de la glotte est un des meilleurs chapitres de cet ouvrage.

L'auteur s'est mieux souvenu que beaucoup de ses contemporains des services de Bayle, dont il accepte partiellement les idées pathogéniques[1]. Néanmoins, il trouve mauvaise l'appellation qu'il a donnée à l'affection.

« Cette maladie ne devrait pas porter ce nom ; car ce n'est pas dans la glotte que siège l'œdème, mais dans le tissu cellulaire lâche qui se trouve au-dessus d'elle, et sur les côtés du larynx. Cette affection peut n'être qu'un résultat de l'affection du larynx, mais elle peut aussi exister sans elle et il convient de la décrire séparément. Il y a d'ailleurs, à ce sujet, divergence d'opinions. Quelques médecins la considèrent comme étant toujours symptomatique, les autres comme étant toujours idiopathique.

« A l'autopsie, en effet, on trouve dans le tissu cellulaire un produit nouveau qui n'est pas toujours semblable à lui-même ; ainsi, dans quelques cas où, pendant la vie, tous les symptômes de l'œdème s'étaient manifestés, on a trouvé du pus ; dans quelques autres c'était de la sérosité. Les observateurs qui ont rencontré le pus n'ont pas manqué de conclure que l'œdème de la glotte était le résultat consécutif de l'inflammation du larynx, et ceux qui n'ont rencontré que la sérosité ont soutenu que cette maladie était idiopathique.

1. En réalité Andral, comme on va le voir, est plus nettement polygéniste que Bouillaud et fait une part à l'hydropisie et une autre à la phlegmasie.

« Comme faits d'observation, ces deux opinions sont exactes, et tout ce qu'il est permis d'en conclure, c'est que l'œdème n'est pas toujours semblable à lui-même et que, lorsqu'il n'est constitué anatomiquement que par une infiltration de sérosité, il doit être considéré comme idiopathique, mais qu'il est consécutif à l'inflammation du larynx quand on trouve du pus ou de la sérosité purulente.

« Bien que cette affection ne soit pas très fréquente, on en possède de nombreuses observations.

« Cette maladie est caractérisée anatomiquement par le gonflement, la tuméfaction des replis muqueux qui vont de l'épiglotte aux cartilages aryténoïdes (ligaments aryténo-épiglottiques). Cette tuméfaction peut se borner à ce point, comme elle peut s'étendre au delà, et soulever la muqueuse jusqu'aux cordes vocales. Ces replis muqueux se présentent sous la forme de bourrelets plus ou moins considérables, mais jamais au point d'obstruer complètement le larynx. Le gonflement peut affecter inégalement les deux replis et même être borné à un seul. Comme nous l'avons déjà dit, ces replis muqueux peuvent être infiltrés par de la sérosité, par de la sérosité mêlée à du pus, par du pus seulement. On a trouvé aussi la muqueuse et le tissu sous-muqueux détruits plus ou moins profondément, l'ossification, la carie des cartilages, des abcès sous la muqueuse laryngienne, des ulcères, etc. »

L'étiologie serait très indécise. « Dans la plupart des cas, il est impossible d'assigner une cause évidente à l'œdème de la glotte. On l'a souvent observé dans la convalescence des fièvres graves[1] et sur des individus affaiblis par des maladies antérieures. Fréquemment il s'est montré pendant la laryngite chronique. »

La réaction symptomatique est sommairement esquissée, un seul phénomène caractérisant bien, dit l'auteur, le tableau morbide. « Le symptôme saillant et le plus caractéristique est la difficulté extrême de l'inspiration qui est sifflante tandis que l'expiration est libre et facile. Ce symptôme peut survenir tout à coup, le larynx étant à l'état sain ; il peut survenir, cet organe étant malade depuis plus ou moins de temps, circonstances qui doivent faire admettre dans l'œdème de la glotte : 1° une forme aiguë ; 2° une forme subaiguë et 3° une forme chronique. »

En fait de diagnostic différentiel, « on s'assurera que l'on

1. Accidents analogues au laryngo-typhus ou, quand l'inflammation manque, œdème par altération de la crase du sang. Rilliet et Barthez ont signalé ces phénomènes laryngés graves au cours ou dans la convalescence de la dothiénentérie. Voir l'article consacré à ces auteurs.

n'a pas affaire à un corps étranger, dont la présence déterminerait les mêmes phénomènes que l'œdème de la glotte, grâce aux circonstances commémoratives. « Il est bien difficile de distinguer cette affection du croup, si ce n'est par l'âge des malades ; on sait, en effet, que le croup est une affection rare chez les adultes, tandis que l'œdème de la glotte n'a guère été observé qu'à cet âge. On sait que certains anévrismes de l'aorte, en comprimant la trachée, déterminent une dyspnée et des accès de suffocation fort analogues à ce qu'on observe dans l'œdème de la glotte.

« Les commémoratifs, la marche et la durée de la maladie, les symptômes de l'appareil circulatoire suffiront à l'observateur pour établir son diagnostic. »

Quant au pronostic « il est extrêmement fâcheux, car il est peut-être sans exemple que l'œdème de la glotte se soit terminé d'une autre manière que par la mort ».

Andral est peu interventioniste. « La première indication est une large saignée générale que l'on fera suivre immédiatement d'un vomitif ou d'un purgatif. Sangsues en grand nombre autour du cou, réaction nouvelle, après quelques instants, sur le canal intestinal ; application de sinapismes aux extrémités inférieures.

« On a proposé d'introduire une sonde pour comprimer les parties œdématiées[1]. Mauvaise pratique. On peut en dire autant de la compression[2] exercée sur le larynx à l'aide des doigts ; car l'inflammation que cette manœuvre détermine ajouterait à la gravité des accidents. Enfin la trachéotomie[3] a été proposée comme dernière planche de salut. Ici, comme dans le croup, il est important quand on veut recourir à cette opération de ne pas en compromettre le succès par un retard trop prolongé. »

La *laryngite aiguë* serait très diverse comme aspect clinique. En effet, elle naîtrait dans les circonstances les plus dissemblables et avec les causes les plus variées. Elle présenterait une foule de degrés dans le processus phlegmasique, depuis un état presque purement congestif jusqu'aux altérations anatomiques les plus graves et les plus étendues. L'auteur croit que le gonflement peut aller jusqu'à oblitérer la cavité interne de l'organe. Si cette turgescence dit-il, n'a pas attiré, autant qu'il l'aurait fallu, l'attention des médecins, c'est qu'il disparaît généralement dans les premières heures qui suivent la mort, de telle sorte qu'on attribue le décès à toute autre cause que la

1. Finaz de Seyssel, Thuillier.
2. Thuillier.
3. Dupuytren, Roux, Thuillier, Bayle.

véritable. Les ulcérations ne se rencontreraient que dans la laryngite chronique. « Une fois, l'inflammation aiguë du larynx s'est terminée par gangrène. » Donc, le sphacèle serait tout à fait exceptionnel. Mais, par contre, on pourrait trouver des abcès dans l'organe. « Quelquefois très circonscrits, ils acquièrent d'autres fois un volume assez considérable pour faire saillie dans l'intérieur du larynx et donner lieu à des symptômes de suffocation. » On les retrouverait principalement dans les replis muqueux de la région ou à l'union des deux moitiés du thyroïde.

Voici pour les muscles : « Dans les laryngites très violentes, les muscles du larynx peuvent se ramollir, s'infiltrer et parfois même disparaître. Il en est de même du tissu fibreux. » Quant aux cartilages du larynx, « ils ne présentent en général d'altération que dans les laryngites chroniques [1]. »

Donc, lésions très diverses. « D'après ce coup d'œil d'ensemble jeté sur les altérations que l'inflammation du larynx détermine, on voit qu'il est impossible de présenter un tableau général des désordres fonctionnels qui doivent en résulter; en effet, les symptômes sont ici la traduction exacte des lésions que nous venons de passer en revue ; de sorte que, pour interpréter fidèlement les faits observés, il est nécessaire d'établir autant d'espèces dans la laryngite qu'il y en a dans les altérations auxquelles cette affection donne naissance. »

Voici les divisions que l'auteur adopte. « Nous reconnaissons donc :

« 1° La laryngite avec simple rougeur de la muqueuse (érythémateuse) ;

« 2° La laryngite avec tuméfaction ou gonflement de cette membrane ;

« 3° La laryngite avec sécrétion abondante de mucus ;

« 4° La laryngite avec sécrétion de pus ;

« 5° La laryngite avec production de fausses membranes (croup) ou de tubercules.

« 6° La laryngite œdémateuse (œdème de la glotte). »

Voici ce que dit l'écrivain sur la *laryngite érythémateuse aiguë :* « La plus simple et la plus bénigne des formes de l'inflammation du larynx. Les causes sont souvent inconnues. Elles peuvent être extérieures ou dépendre d'une modification intérieure de l'individu.

« Les causes externes sont : variations de température ; ins-

1. C'est exact, sauf dans le laryngo-typhus et les affections semblables d'autres pyrexies infectieuses.

piration d'air chargé de molécules irritantes; cou dépouillé de vêtements et soumis à une température froide.

« Parmi les causes internes : fatigue du larynx par le chant, la parole. Elle survient quelquefois dans le cours d'inflammations d'autres organes, par simple continuité de tissu ou bien par sympathie. Elle peut se montrer dans la variole. Cette maladie affecte tous les âges, mais est plus fréquente dans l'enfance. Bénigne chez certains sujets, elle est très grave chez d'autres. »

L'auteur admet parfois un début annoncé par des symptômes généraux. La réaction symptomatique serait diverse : « Cette affection peut être précédée pendant vingt-quatre heures d'un mouvement fébrile plus ou moins intense. Quelquefois d'un malaise général.

D'autres fois, le mal serait annoncé par des phénomènes locaux.

« Quelquefois, elle débute tout à coup par une douleur au larynx, se traduisant tantôt par un sentiment de gêne, de chaleur ou de cuisson qui est parfois très vive quand le malade tousse ou parle. La voix est moins intense, s'altère, devient rauque; déglutition difficile; toux fatigante, répétée, sèche et enfin donne lieu à une expuition d'un mucus parfois teint de filaments de sang, plus souvent opaque. »

Quand l'inflammation est intense, elle pourrait déterminer des troubles profonds de l'innervation qui cachent les symptômes de la maladie locale. « Ainsi, la forme intense de la laryngite donne lieu à la sensation d'un corps étranger dans le larynx, à la toux plus ou moins intense, à la raucité de la voix, puis à l'aphonie complète. Rhoncus sonore au larynx, souffle rude et intense qui annonce la gêne dans le passage de l'air, et qui se traduit ensuite par des symptômes d'asphyxie, bouffissure et pâleur de la face, gonflement des paupières.

« L'orthopnée est quelquefois très marquée; fièvre intense, anxiété extrême, délire ou coma; froid des extrémités, petitesse et rapidité du pouls.

« La marche est continue jusqu'à la terminaison heureuse ou fatale, quelquefois avec des paroxysmes.

« La durée peut être de quelques heures, de plusieurs jours, de sept à huit; les récidives sont fréquentes.

« La terminaison est heureuse d'ordinaire, mais elle pourrait se transformer en une autre espèce de laryngite, devenir chronique et quelquefois en phtisie laryngée. »

Elle se distinguerait de l'angine pharyngienne par des caractères faciles à apprécier, si la laryngite ne devient pas grave.

La laryngite très intense tuerait trop souvent les malades par asphyxie, et parfois avec une rapidité extrême.

Le traitement serait simple : boissons émollientes chaudes, loochs, cataplasmes sur le cou, pédiluves, lavements, émissions sanguines.

La *laryngite érythémateuse chronique* est assez longuement étudiée. Voici pour les lésions. « Comme sur la membrane muqueuse des voies digestives, l'inflammation chronique produit, sur celle du larynx, de la rougeur, de l'épaississement, du ramollissement partiel ou général ; dans quelques cas, cette membrane devient le siège de végétations qui peuvent acquérir un volume considérable. On peut y trouver des granulations blanches et dures. Du pus peut couvrir sa surface. Les follicules muqueux peuvent participer à ces altérations ; ils peuvent s'épaissir et sécréter des mucosités abondantes. On y rencontre des ulcérations qui pourront ne pas déterminer l'altération de la voix si elles siègent au-dessus des cordes vocales, mais qui produiront ce phénomène si elles existent au-dessous. Ces ulcérations ont été principalement constatées à l'épiglotte, aux cordes vocales. Elles peuvent s'étendre en largeur et en profondeur, au point de donner naissance à des fistules. »

Dans la *laryngite avec tuméfaction de la membrane muqueuse* [1], les causes seraient identiques aux facteurs étiologiques de la laryngite érythémateuse, mais la réaction symptomatique apparaîtrait infiniment plus grave. « Il y a constamment une dyspnée et une toux se rapprochant de celle qui existe quand le larynx est tapissé par de fausses membranes, qui ont pu faire prendre cette affection pour le croup. On entend quelquefois un sifflement pareil à celui que détermine la bronchite. Cette affection, plus fréquente chez les enfants que chez les adultes, a souvent aussi chez eux une terminaison funeste, à cause de l'étroitesse du larynx, naturelle à cet âge. La mort peut arriver brusquement, surtout chez les très jeunes sujets. La maladie peut aussi se terminer heureusement, mais en laissant de la dyspnée, de la toux, et une voix rauque. »

La *laryngite aiguë avec sécrétion* (croup) se rencontrerait surtout dans l'enfance.

Dans un autre type à allure *chronique* [2], « le tissu cellulaire sous-muqueux peut être épaissi ; il peut se présenter sous la forme de cordons squirrheux, ou bien être distendu par de la sérosité

1. Il s'agit probablement d'une variété de laryngite phlegmoneuse.
2. Phtisie laryngée.

épanchée. On y a trouvé des collections purulentes et des tubercules à toutes les périodes de leur développement. Les muscles du larynx ont été trouvés amincis, ramollis; quelquefois même, ils ont entièrement disparu. Ils peuvent être aussi hypertrophiés ou atrophiés. Les cartilages présentent aussi des altérations. L'épiglotte peut être épaissie, ulcérée, cariée, détruite complètement. Le cartilage thyroïde est moins souvent altéré; le cricoïde peut être hypertrophié, carié; les aryténoïdes peuvent être détruits; enfin, on peut trouver tous les cartilages ossifiés. On a trouvé aussi des kystes séreux et des concrétions calculeuses dans les ventricules du larynx. » En somme, c'est un mélange souvent peu heureux, suivant l'habitude du temps, des altérations de la phlegmasie chronique simple avec celles de la tuberculose.

« Comme la laryngite aiguë, elle survient souvent sous l'influence de variations atmosphériques. Des individus ont une laryngite aiguë qui passe bientôt à l'état chronique et qui ne les quitte plus L'inspiration prolongée des matières irritantes peut la déterminer, ainsi que les corps étrangers introduits dans le larynx et le traitement mercuriel[1] à haute dose et prolongé.

« Certaines causes internes n'agissent pas moins efficacement dans la production de cette affection, comme l'action prolongée de l'organe de la voix, les plaisirs vénériens, l'abus de l'alcool; mais ici on a pu prendre l'effet pour la cause, car les ivrognes se livrent à des cris, à des chants qui peuvent expliquer l'altération du larynx. Diverses maladies l'entraînent : pharyngites et trachéites chroniques, les abcès de l'œsophage, les tubercules pulmonaires. Quelquefois c'est une altération générale, comme un vice dartreux, la syphilis, etc. qui la produisent. »

« On l'observe surtout de trente à quarante ans, et chez les hommes plus que chez les femmes. »

La confusion si préjudiciable en un même tableau symptomatique de la phlegmasie simple, de la tuberculose et de la syphilis expose l'auteur, bien entendu, à beaucoup de confusion. Mais ce syndrome s'imposait aux cliniciens de cette époque, faute de moyens d'exploration physique. « La douleur a des sièges divers; chez quelques malades, elle occupe le larynx tout entier; le plus ordinairement elle est limitée, par exemple, à la partie supérieure et latérale gauche du cartilage thyroïde. Ce n'est quelquefois qu'une simple gêne, d'autrefois un pico-

1. Celui-ci, longtemps exagéré jusqu'à la salivation, était rendu responsable de beaucoup d'accidents morbides.

tement assez vif. Quelquefois les malades ne s'en plaignent même pas. Ils ressentent ordinairement un chatouillement incommode qui provoque la toux. Tantôt c'est un sentiment d'érosion, de brûlure, tantôt des douleurs lancinantes. La voix est dure, rauque; quelquefois elle s'affaiblit ou s'éteint complètement. La toux est constante et n'a souvent rien de spécial; mais, quand la membrane est tuméfiée, elle devient rauque et même croupale. Elle est sèche ou donne lieu à l'expuition de mucosités puriformes et mêlées de sang; d'autres fois, les crachats présentent des fausses membranes pouvant être expectorées une fois par jour pendant trois ou quatre mois. Quelquefois, après une durée très longue de l'inflammation chronique du larynx, les malades rendent un jour des fausses membranes et la maladie se termine par le retour à la santé. Au milieu des mucosités purulentes, on trouve quelquefois des cartilages du larynx cariés. On a vu des corps étrangers introduits dans le larynx produire une laryngite chronique qui, après expulsion, se terminait heureusement[1].

« Si la laryngite chronique est peu intense, il n'y a presque pas de dyspnée; mais s'il y a obstacle à l'entrée de l'air, elle est plus ou moins intense; quelquefois elle est le symptôme prédominant. Elle peut être continue ou périodique et revenir par accès. Au début des accès, il y a peu de dyspnée, mais elle va augmentant jusqu'à produire l'asphyxie.

« Quand les ulcérations siègent à la partie supérieure du larynx, la déglutition est gênée. Quand l'épiglotte est altérée ou détruite, la déglutition ne se fait pas sans déterminer des accès de suffocation.

« Cependant Magendie a vu des cas où l'épiglotte était complètement détruite et où la déglutition se faisait sans accidents.

« Dans certaines laryngites chroniques, la pression exercée sur le larynx produit un craquement dû à la carie des cartilages[2]. Dans des cas, le cou se tuméfie considérablement[3].

« La maladie peut se borner à ces symptômes locaux. Mais il peut arriver que des symptômes généraux se manifestent et prouvent que toute l'économie participe aux désordres locaux. C'est la fièvre qui, peu à peu, devient continue. La nutrition

1. Desault.

2. On attacha, un certain temps, beaucoup d'importance à ce prétendu symptôme, puis on reconnut qu'il était rare et qu'il se rencontrait en dehors de la phtisie laryngée.

3. C'est tout à fait exceptionnel. Il faut pour cela que la périchondrite retentisse sur le tissu cellulaire sous-aponévrotique.

s'altère, les malades maigrissent et tombent dans le marasme. « C'est à cette période de la laryngite chronique qu'on a donné le nom de *phtisie laryngée.*

« On voit donc que la laryngite chronique est variable en intensité ; qu'elle peut être primitive ou survenir d'emblée ou bien succéder à une laryngite aiguë. Elle dure de quelques mois à plusieurs années ; elle peut se terminer par la guérison ; la mort en est souvent la conséquence. Il faut contre elle agir énergiquement. »

Enfin, Andral a fait connaître un cas fort rare, à l'époque où il fut publié, de *phtisie laryngée nettement syphilitique* (voir *Clin. méd.*, t. IV, p. 197, Paris, 1840).

« Une ouvrière en robes, vingt-trois ans, fut admise à la Charité, le 31 décembre 1821. Bonne santé antérieure ; menstruation un peu irrégulière. Depuis quelques années, toux sèche qui devient plus incommode avec les excès de travail. La maladie remonte à cinq mois avant son entrée. Elle dit qu'ayant passé la nuit près d'une fenêtre ouverte, elle s'était réveillée avec un enrouement considérable et un accès de fièvre. Au bout de quinze jours, enrouement et fièvre cédèrent au traitement ; la voix seule contracta d'abord une dureté qu'elle n'avait pas eue jusqu'ici, et, peu de temps après, elle s'affaiblit considérablement.

« La malade travaillait au coton.

« A cette aphonie se joignait une toux plus fréquente, plus fatigante, mais toujours sèche. De l'oppression par intervalle, en montant un escalier, à la suite d'un exercice pénible ou lorsque le moral était vivement affecté.

« Respiration bruyante pendant l'inspiration.

« Le 30 décembre, les symptômes d'oppression deviennent plus forts ; le soir, la malade remarque du sang dans ses crachats.

Examen à la visite. — « La malade offre les symptômes suivants : douleur rapportée sur les côtés du cou, au niveau des grandes cornes de l'os hyoïde, douleur plus légère derrière le sternum et profondément dans la région dorsale entre les épaules, douleur qui est exaspérée par la toux ; respiration laborieuse, bruyante au passage de l'air à travers le larynx.

« Toux fréquente avec son particulier que l'on peut comparer à celui du croup, de sorte qu'à ce caractère seul on est conduit à présumer une altération du larynx ; dyspnée portée quelquefois jusqu'à la suffocation ; fréquence, petitesse et dureté du pouls ; sueurs nocturnes, perte d'appétit, digestions difficiles.

« Malgré le traitement, pas de changement notable au bout de quatre jours. Le 5, respiration plus gênée, sifflante ; constric-

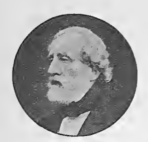
tion du larynx. Le 6, dyspnée plus considérable, l'occlusion du larynx paraît plus avancée. Le 8, l'oppression est considérable ; douleur derrière le sternum. Le 9, occlusion presque complète du larynx, inspiration difficile avec bruit, orthopnée, toux, anxiété extrême, aphonie. Le soir, menace de suffocation ; nuit très agitée. Le lendemain, les accidents augmentent et atteignent le plus haut degré d'intensité ; M. Fouquier jugeant la suffocation imminente, propose la trachéotomie, seul moyen pouvant prolonger la vie. Il en réfère à Roux qui adopte le même avis. L'opération est pratiquée le jour même. La trachée à peine ouverte, une petite quantité de sang pénètre dans le canal pendant l'inspiration ; la malade tombe sans connaissance ; les artères cessent de battre ; la respiration est interrompue, les battements du cœur ne sont plus sentis. Loin de se déconcerter, l'habile chirurgien introduit une sonde de gomme élastique dans la trachée et par des aspirations réitérées, il parvient à enlever une partie du sang qui fait obstacle au passage de l'air. La respiration alors reprend son jeu, la respiration se rétablit, mais la malade reste sans connaissance. La sonde est fixée, et le reste de la journée se passe dans un état presque désespéré.

« Le 11, la malade n'a pas encore recouvré connaissance. Le 12, la respiration est plus libre, la malade commence à reconnaître les personnes qui l'entourent ; la fièvre est moins forte.

«Le 15, la plaie du larynx commence à se rétrécir ; la respiration se fait très bien par la bouche ; le pouls plus fréquent ; la plaie se ferme et se déterge. Le 31, très peu d'air sort par la plaie ; la malade a de l'appétit ; sa respiration est complètement libre. Le 14, la fistule est fermée. Le 15, la malade sort de l'hôpital complètement guérie. Mais, au bout de huit jours, elle revient, se plaignant d'éprouver de nouveau de la gêne dans la respiration, de la douleur dans la gorge, de la toux, du malaise, de l'agitation la nuit.

« Sur interrogatoire, on apprend que cinq ans auparavant elle a eu une maladie vénérienne, et alors on soupçonna que l'ulcération du larynx pourrait avoir des connexions avec elle. On institue le traitement, et, le 13 avril, la malade quitte l'hôpital et depuis, elle a joui toujours d'une excellente santé. »

II. — BARTH



Barth est venu après Andral, après Cruveilhier, après Trousseau et Belloc. Il a donc pu profiter des travaux de ses devanciers sur les « *ulcérations du larynx* ». Mais il a su y ajouter par ses recherches personnelles, qui lui ont permis de faire de ces altérations morbides une étude magistrale. Pour la première fois, quoique bien timidement encore, on y voit affirmé qu'un certain nombre de ces lésions ont une origine spécifique et qu'elles sont dues à des tubercules dans le sens non d'Andral (folliculite) mais de Laennec. C'était une véritable audace de révoquer ainsi en doute, dans certains cas, l'opinion adverse de Louis dont la réputation, fondée sur des travaux de tout premier ordre, était alors si grande et l'autorité pour ainsi dire incontestée.

L'auteur fait remarquer que les ulcérations du larynx, comme celles de la trachée et des bronches [1], avaient été à peine entrevues par les anciens, les médiévistes et les auteurs des XVIe et XVIIe siècles. Morgagni, le premier, les aurait décrites avec une certaine précision. « Mais, depuis, elles ont été fréquemment observées et leur histoire s'est enrichie d'une foule de notions éparses dans un grand nombre de traités généraux et de monographies publiées successivement par Lieutaud, Borsieri, Portal, Double, Laignelet, Sauvée, Cayol, Bayle, Papillon, Delpit, Maygrier, Pravaz, Franck, Hawkins, Louis, Andral, Trousseau et Belloc. » Malgré tant de travaux, le champ des recherches ne serait pas épuisé. « Mais, de ces auteurs, les uns n'ont étudié ces ulcérations que dans une de leurs variétés, comme lésion accessoire de la phtisie pulmonaire, les autres les ont envisagées simultanément avec les altérations diverses qui peuvent donner lieu à la phtisie laryngée ou trachéale ou bien ne les ont considérées que dans une portion du tube aérien. »

Ces ulcérations peuvent-elles être le résultat d'une phlegmasie simple? Broussais et ses élèves avaient répondu affirmativement;

1. Sa monographie embrasse les ulcérations des voies aériennes tout entières. Paris, 1839.

depuis, le fait parut moins certain. « Sans chercher à retracer les causes de cette erreur qui sans doute avait sa principale source dans le peu de précision des études anatomopathologiques, il nous suffira de dire que les travaux consciencieux de M. Andral, ainsi que les recherches exactes et les relevés numériques de M. Louis, ont fait justice de cette opinion. Quant à nous, dans l'espace de huit années passées dans les hôpitaux comme interne et comme chef de clinique, nous n'avons trouvé qu'un seul cas d'ulcération de la trachée sans tubercules dans le poumon et ne paraissant dépendre d'aucune autre cause spécifique. » Le grand mot est lâché. Barth ne croit plus à des causes vulgaires, ou du moins il ne pense plus qu'un simple processus inflammatoire puisse donner naissance à ces sortes d'altérations morbides. Il revient à l'idée des anciens que les lésions sont de nature vénéneuse et dues à des conditions toutes particulières, dès que l'ulcère entre en jeu.

L'auteur reconnaît que, de toutes les parties du tube aérien, le larynx est le siège le plus fréquent des ulcérations. Il est à ce point de vue du même avis que Trousseau, que Hawkins et que Bayle. « Selon Andral aussi, la fréquence des ulcérations irait en décroissant de haut en bas dans les différentes parties de la muqueuse des voies respiratoires. » On sait que Louis avait adopté une proportionnalité inverse. Barth admet avec quelques-uns que, dans la tuberculose pulmonaire, le larynx est surtout frappé en arrière. « Sur l'épiglotte elle-même, elles siègent le plus ordinairement à la face laryngée et surtout dans sa moitié inférieure. » Mais, en somme, tous les points de l'organe phonateur pourraient être intéressés. » Communes sur les cordes vocales, surtout à leur partie postérieure, on les rencontre fréquemment aussi à la face interne du cartilage cricoïde, à la base des aryténoïdes et à l'intérieur des ventricules. » Les ulcérations dues à un processus phlegmasique vulgaire s'observeraient surtout à la partie supérieure du larynx.

Le nombre des ulcérations serait variable et généralement en raison inverse de l'étendue de celles-ci.

Dans la syphilis, elles seraient peu abondantes, moins certainement que dans la tuberculose. « Tantôt isolées, tantôt contiguës, tantôt confluentes, elles affectent également une forme très variable. Souvent assez exactement arrondies dans le premier cas, elles sont ailleurs ovalaires, allongées, sinueuses et, dans le dernier cas, irrégulièrement circonscrites. » Au larynx, elles apparaîtraient plus inégales que dans la trachée et les bronches. Quelquefois dans la phtisie, on n'apercevrait que de petites taches

blanchâtres qui semblent être leur état rudimentaire. La perte de substance serait tantôt rougeâtre, tantôt blanchâtre. « Dans le cas de syphilis, suivant Hawkins, elles commencent ordinairement par de petites escarres de couleur jaunâtre, brunâtre, plus ou moins foncée. » Parfois lisses et unies, plus souvent inégales, elles présenteraient souvent des débris de muqueuse ou même de tissu cellulaire sous-jacent à la muqueuse. Parfois il y aurait relief, surtout quand il s'agit de syphilis, et ce relief serait dû soit à une tuméfaction en masse, soit plus souvent à la présence de végétations saillantes. Les bords seraient généralement relevés, décollés, parfois aplatis et alors parfois difficilement appréciables. Souples ici, là-bas ils se montreraient durs et lardacés. Leur couleur le plus souvent livide pourrait être pâle ou même d'un rose franc.

Barth insiste beaucoup sur les différences d'étendue de ces ulcérations, qui pourraient aller de la grosseur d'une tête d'épingle à une surface parfois très considérable. Leur profondeur présenterait également de nombreuses variétés. La muqueuse pourrait être simplement entamée ou au contraire détruite, l'ulcère reposant sur le tissu cellulaire sous-jacent ou même sur le cartilage. On trouve alors le fibro-cartilage épiglottique, par exemple, épaissi, érodé, déchiqueté ou même troué en certains points, détruit à moitié ou emporté jusqu'à sa base (observations III et I). « Ici, les ligaments qui unissent les cartilages sont détruits, les articulations luxées, baignées de pus, les cartilages dépouillés de leur périchondre, leur surface rugueuse, inégale, leur tissu rougi, en partie ossifié. Là ils sont plus ou moins érodés, nécrosés, perforés, avec formation de fistules (Andral). » Parfois, comme l'a vu cet anatomopathologiste, il s'établirait une communication entre le larynx et l'œsophage. Barth fait remarquer la coïncidence possible de lésions laryngées et de lésions pharyngées, celles-ci étant un excellent moyen de diagnostic différentiel. Ainsi, avant Ricord, avant Julliard, cet écrivain eut, en quelque sorte, pressentiment de la tuberculose gutturale.

Pour fixer les idées sur la syphilis de l'organe phonateur, Barth en donne une observation assez intéressante.

« Halais J. A., 32 ans, maçon, bien constitué, embonpoint moyen, assez coloré, de bonne santé ordinaire, a contracté à vingt-six ans des chancres sur la verge, pour lesquels il a fait, à l'hôpital, un traitement d'un mois et dont il n'a été guéri que six semaines ou deux mois après sa sortie.

« Il n'avait ni maux de gorge, ni taches sur le corps, ni gonflement sur les os.

« Reçu à l'Hôtel-Dieu le 23 mai 1838, il souffrait depuis cinq

mois ; sa maladie a débuté, sans cause connue, d'une manière lente, graduelle, sans fièvre, par un enrouement de la voix d'abord léger, augmentant de jour en jour accompagné de gêne de la déglutition ; toux sèche par intervalle et oppression qui l'oblige à interrompre son travail pendant quelques semaines. Deux mois avant son entrée, la déglutition devient plus difficile et les boissons reviennent par le nez. L'enrouement persiste et augmente avec toux sèche et dyspnée, gêne à la gorge.

« Le malade ne maigrit pas pourtant, l'appétit se conserve; ni dévoiement, ni sueurs.

« Vers le milieu de mai, le malaise augmentant, le malade entre à l'Hôtel-Dieu, dans le service de Chomel. La physionomie est naturelle, la face colorée, la température normale. Le malade ressent un peu de gêne derrière le cartilage thyroïde, et parfois légère douleur derrière le sternum ; voix rauque, à demi-éteinte. Toux sèche, sifflante, rauque, mais respiration peu gênée. Le larynx ne présente rien de remarquable ; il est indolent à la pression. Sur le fond du pharynx, on aperçoit plusieurs ulcérations profondes, à surface grisâtre, à bords épais, élevés.

« A la racine du gland, on voit un chancre [1] de la grandeur d'une pièce de dix sous qui, au dire du malade, s'est reproduit depuis quinze jours sans nouvelle contagion. L'appétit est bon, toutes les autres fonctions sont en bon état.

« Sous l'influence du traitement, le chancre s'améliore, mais les ulcérations pharyngiennes changent peu ; les symptômes ne s'amendent que légèrement et le malade s'obstine à quitter l'hôpital pour son travail. » Barth ajoute : « Comment ces ulcérations se développent-elles ? Quels sont les changements qu'elles peuvent subir? Il est infiniment probable que celles de nature syphilitique commencent ordinairement par une escarre, de même que dans le pharynx où l'on peut constater ce mode de production ».

Pour les ulcérations des phtisiques, la tuberculose pourrait bien entrer en jeu.

« Quant aux autres ulcérations, Andral pense que, dans un certain nombre de cas, les cryptes muqueuses des voies aériennes peuvent s'enflammer, se remplir d'un pus concret et s'ulcérer pour donner issue à la matière accumulée. Chez les phtisiques au moins, ajoute-t-il, on trouve assez souvent la muqueuse soulevée en divers points par de petits corps d'un blanc mat ou jaunâtre, sur lesquels la membrane s'enflamme et tend

1. Les plaques muqueuses passaient alors pour être des chancres non contagieux, suivant Ricord.

à s'ulcérer pour livrer passage à la matière tuberculeuse amassée au-dessous d'elle. Cette manière de voir est d'autant plus rationnelle qu'elle est d'accord avec ce qu'on observe généralement pour le ramollissement et l'évacuation des tubercules sous-muqueux; ces tubercules se rencontrent habituellement dans les voies aériennes, comme on les trouve dans l'intestin. »

Barth décrit ainsi l'aspect de la surface interne du larynx : « La membrane muqueuse environnante a tantôt conservé sa couleur et son épaisseur naturelles, surtout quand les ulcérations sont peu nombreuses et superficielles ; tantôt elle est très pâle, décolorée ; ailleurs, surtout dans la partie inférieure de la trachée, et lorsque les ulcérations sont grandes et nombreuses, elle est d'un rouge plus ou moins intense, tapissée quelquefois d'un détritus pseudo-membraneux, accompagné, dans quelques cas, d'un degré plus ou moins prononcé d'épaississement, d'induration et de friabilité (obs. III).

Dans certains cas on noterait une tuméfaction plus ou moins séreuse. « Le tissu cellulaire sous-muqueux présente parfois une infiltration séreuse plus ou moins considérable, principalement aux replis de la partie supérieure du larynx et les différentes pièces du tube aérien sont fréquemment ossifiées dans une étendue variable (obs. I). La cavité est d'ailleurs souvent baignée de pus et sa surface interne recouverte d'un mucus puriforme. »

Barth admet, bien entendu, ici, la coïncidence habituelle d'une phtisie pulmonaire. « Dans le plus grand nombre des cas, on trouve en même temps des tubercules dans les poumons, dans les ganglions bronchiques, et les désordres qui en résultent sont ici plus, là moins avancés que ceux des voies aériennes, dont les ulcérations paraissent tantôt avoir précédé [1], tantôt avoir suivi le développement des tubercules. »

S'il y a syphilis, les ulcérations « se compliquent fréquemment aussi de phtisie pulmonaire, dont les symptômes se manifestent dans le cours de l'affection du larynx et qui marche alors avec une grande rapidité vers une terminaison funeste [2] (Hawkins) ».

« Ces dernières s'accompagnent très fréquemment encore d'autres symptômes vénériens, tels que des ulcères, des pustules syphilitiques, des taches cuivrées sur la surface tégumentaire. »

Le *tableau morbide* de l'auteur, sans égaler celui de Trousseau et Belloc, est intéressant par les détails très minutieux où entre l'auteur.

1. Trousseau et Belloc avaient déjà admis, contrairement à Louis, des phtisies laryngées primitives.
2. Il y a en effet des cas mixtes, généralement malins.

« Les symptômes par lesquels les ulcérations des voies aériennes se manifestent, débutent ordinairement d'une manière lente et graduelle.

« Quelquefois, ils succèdent aux phénomènes d'une inflammation aiguë des voies respiratoires.

« Dans une première période, lorsque les ulcérations commencent à se former et sont encore superficielles et peu nombreuses, le malade éprouve à la partie antérieure du cou une souffrance locale, qui manque souvent du reste et se traduit, quand elle existe, avec des caractères très variables. C'est le plus souvent un sentiment de gêne dans le tube aérien.

« Ailleurs, c'est du chatouillement, du prurit, du picotement, de la chaleur, de la sécheresse que le malade éprouve quelquefois par intervalle, qui augmentent par la toux, les grandes inspirations, l'exercice de la parole.

« Ce symptôme est ordinairement accompagné, souvent précédé d'une altération de la voix, caractérisée par une raucité ordinairement permanente et progressive.

« La respiration est peu gênée, à moins que la membrane muqueuse environnant le tube laryngo-trachéal ne soit boursouflée, infiltrée.

« La déglutition est encore peu altérée.

« Dans certains cas, cependant, il y a douleur au passage du bol alimentaire; et, si les ulcérations occupent aussi l'épiglotte, la déglutition est plus ou moins difficile.

« Puis survient une toux brève avec expectoration variable en abondance, formée de crachats liquides, filants, spumeux, mêlés quelquefois de stries jaunâtres, quelquefois visqueuses, grisâtres, arrondies, demi-transparentes (Piorry).

« Dans cette première période, il y a encore peu de retentissement sur l'économie en général, à moins qu'il n'y ait coïncidence de tubercules plus ou moins avancés dans le poumon ou le tube intestinal.

« A mesure que les ulcérations se multiplient, gagnent en étendue et en profondeur, ces symptômes s'accusent.

« La douleur augmente ou se déclare ou se fait sentir en avalant; quelquefois, elle devient piquante, lancinante ; elle augmente par la toux, la parole et les mouvements du cou. La phonation devient plus pénible et la voix s'altère de plus en plus : tantôt rauque, tantôt voilée, tantôt sifflante, comme déchirée, elle finit par s'éteindre complètement.

« La déglutition devient de plus en plus difficile avec douleur plus ou moins vive, proportionnée à la profondeur des ulcéra-

tions. Le passage des solides devient presque impossible et celui des boissons est difficile et détermine souvent des efforts de toux subite qui les repoussent par les fosses nasales ; la salive même ne peut être avalée sans souffrance et augmente les douleurs que le malade éprouve à l'arrière-gorge et qui s'étendent jusqu'aux oreilles.

« Si la respiration reste facile chez un grand nombre de malades, chez d'autres la dyspnée est intense, de plus en plus continue, et s'exaspère par accès pendant lesquels la respiration est bruyante, sifflante et l'inspiration toujours plus difficile que l'expiration ; le malade, sur son séant, implore du secours contre la suffocation.

« La toux est douloureuse, rauque, sifflante, quelquefois comme déchirée et amène souvent, avec peine, des crachats en partie muqueux, coulants ou mousseux contenant des stries blanchâtres ou des grumeaux opaques qui plongent au fond du vase. Quelquefois, le malade rejette, avec ou sans toux, une quantité variable de sang, dont l'émission est précédée le plus ordinairement d'une ardeur à la gorge et suivie de soulagement : on a vu même rejeter avec les crachats, des fragments des cartilages du larynx ossifié (Hunter).

« A l'exploration des parties, le larynx semble quelquefois proéminent ou légèrement déformé et ses cartilages paraissent, au toucher, avoir perdu un peu de leur souplesse. La pression est douloureuse et d'autant plus qu'on l'exerce sur un point plus élevé du tube aérien. A l'inspection de la gorge, quand on déprime la langue et qu'on fait bâiller, on n'aperçoit, dans quelques cas, qu'une simple rougeur; dans d'autres, on peut distinguer des ulcérations ou des cicatrices sur les parties les plus reculées et encore accessibles à la vue; cela se voit surtout pour les ulcérations de nature syphilitique qui existent fréquemment au fond de la gorge en même temps que dans le larynx, et deux fois aussi je l'ai constaté dans des cas d'ulcérations tuberculeuses.

« Quant au toucher par la gorge, il ne pourrait servir qu'à la recherche des ulcérations situées sur les bords supérieurs du larynx, et, selon Trousseau et Belloc, il serait très difficile de les reconnaître par ce moyen.

« L'auscultation du larynx ne fournit que peu d'éléments : comparé chez les sujets sains et chez ceux atteints d'enrouement et d'aphonie, le murmure respiratoire a paru plus rude chez ces derniers.

« Il n'en est pas de même de celles qui existent avec boursouflement, végétations ou tumeurs ayant pour effet de rétrécir le

diamètre interne du larynx et on a plusieurs fois constaté pendant la vie, la présence de semblables lésions, par l'existence d'une espèce de murmure beaucoup plus bruyant dans le larynx, par un cri particulier entendu en ce point, et beaucoup plus prononcé dans l'inspiration, et par la faiblesse ou l'absence du murmure respiratoire dans la poitrine.

« Pour les symptômes généraux, quand la maladie est arrivée à ce point, les désordres ne restent plus bornés aux organes affectés ; et, si déjà le malade n'a présenté le dépérissement dû à une affection tuberculeuse du poumon, ayant précédé ou accompagné les ulcérations aériennes, les symptômes de cette dernière affection ne tardent pas ordinairement à survenir. En même temps aussi, l'on voit se déclarer tous ceux qui appartiennent à la diathèse tuberculeuse.

« Les téguments pâlissent de plus en plus, les traits s'altèrent, l'amaigrissement fait des progrès rapides, les extrémités se tuméfient, les forces diminuent, le sommeil se perd, les fonctions digestives se dérangent, le malade refuse la nourriture ou vomit le peu d'aliments qu'il ingère; la soif s'allume que le malade ne peut ou n'ose satisfaire; la peau devient sèche, chaude, se couvre de sueurs pendant la nuit, et la fièvre hectique consume le malade qui meurt d'épuisement, s'il ne succombe à un accès de suffocation.

« Tel est l'ensemble des symptômes qui coïncident avec les ulcérations aériennes et les altérations générales qu'elles entraînent ou qui se développent avec elles ; mais ils sont loin d'êtres toujours aussi caractérisés, toujours aussi réunis.

« Quelquefois, ils sont à peine prononcés comparativement à la gravité des lésions que l'on rencontre après la mort.

« C'est ainsi qu'avec des lésions assez graves, la douleur est souvent nulle, ou bien ce n'est qu'un peu de gêne et de la chaleur à là gorge.

« La voix est parfois conservée ou altérée par une raucité légère. La déglutition se fait avec facilité ou ne s'accompagne que d'une gêne à peine sensible. La dyspnée est assez peu prononcée, enfin la toux peut être assez rare.

« Ces différences dépendent en grande partie du nombre, de l'étendue et de la profondeur des ulcérations et s'expliquent d'elles-mêmes sous ces trois rapports; mais elles dépendent beaucoup aussi de leur siège dans les diverses portions du tube aérien. On sait que toutes ne sont pas douées d'une égale sensibilité. »

III. — BAYLE



Bayle est le créateur de l'entité morbide ou plutôt du syndrome clinique connu sous l'appellation assez incorrecte d'œdème de la glotte. Son rôle en nosologie laryngée est par conséquent considérable, puisque, grâce à lui, on est parvenu à se rendre compte de toute une série d'accidents d'origine inflammatoire ou de nature hydropique à allure excessivement grave et se terminant trop souvent par la mort. Certes, il serait inexact de rattacher à la tuméfaction des bourrelets aryténo-épiglottiques tous les cas de laryngites graves, où plutôt le phlegmon diffus du larynx se caractérise encore par autre chose, notamment par une généralisation des lésions à tout l'organe, par une infection évidente de l'organisme, par une vive réaction inflammatoire, etc. Néanmoins le service rendu par Bayle est immense. Il est vrai qu'on le lui a contesté, à tort suivant nous, c'est pourquoi il nous paraît utile d'entrer, avant d'étudier cet auteur, dans quelques considérations historiques préliminaires.

Précurseurs de Bayle. — Nous allons indiquer ce qu'on savait avant lui sur l'affection qu'il a décrite, le premier, avec un talent si remarquable. Presque tous ceux qu'on a assez injustement appelés ses précurseurs ne nous ont donné que quelques renseignements cliniques intéressants certes, mais manquant absolument de base anatomique et topographique. Dans notre *Histoire des maladies du pharynx*, nous avons eu l'occasion, à plusieurs reprises, à propos d'Hippocrate [1], d'Arétée, de Cœlius Aurélianus, d'Aétius, de signaler une variété d'angine que ces anciens

1. « Angina gravissima quidem est et celerrima interit, quæ neque in faucibus neque in cervice quidem conspicuum facit, plurimumque dolorem exhibit et erecta cervice spirationem inducit. Hæc enim, eodem etiam die, et secundo, et tertio et quarto strangulat. » Rappelons ici également que Celse a signalé une cynanche sans rougeur caractérisée par une dyspnée considérable.

écrivains appelaient cynanche et qui était caractérisée par une suffocation grave et souvent rapidement mortelle, bien qu'on n'aperçoive rien par une investigation très attentive du gosier. On supposait tantôt que les plans profonds des tissus qui limitent sa cavité étaient seuls atteints et tuméfiés de façon à gêner le passage de l'air, tantôt que l'obstacle à l'arrivée de celui-ci siégeait en un point si reculé qu'il en devenait inaccessible à la vue[1].

Les médecins arabes, médiévistes ou même de la Renaissance, ne modifièrent rien aux connaissances de l'antiquité sur l'esquinancie pharyngée ou laryngée, faisant preuve, ici, comme autre part, d'un regrettable esprit de routine.

En définitive, la question de priorité ne se pose qu'avec Boerhaave et avec son élève et commentateur Van Swieten. Ces deux auteurs parlent d'une tuméfaction œdémateuse pouvant occuper simultanément ou successivement le pharynx et le larynx. Ils signalent la dyspnée, qui survient quand l'affection envahit l'organe phonateur. Tout doute semblerait donc, en apparence, superflu et il paraît bien évident, à un examen superficiel, que ce sont eux qui ont les premiers entrevu l'œdème de la glotte. Mais cette opinion n'est fondée qu'en partie, ainsi que nous espérons le démontrer par une analyse attentive des textes. Il ne faut pas oublier que le iatrochimiste Boerhaave a conservé beaucoup des doctrines de l'iatro-mécanisme[2]. C'est ainsi qu'il fait jouer un grand rôle à l'obstruction des vaisseaux, non seulement lymphatiques [3], mais encore sanguins. De la gêne circulatoire naîtraient *à priori* des œdèmes, puis finalement des indurations squirreuses. Ce processus, le grand médecin hollandais le porte assez indûment de l'enveloppe cutanée, où il existe incontestablement, aux organes internes, en particulier dans les voies digestives et aériennes supérieures. Il parle d'angine aqueuse de l'isthme et du larynx avec tuméfaction de ces parties qui prendraient un

1. Galien, bon physiologiste, avait mieux localisé que ses prédécesseurs les diverses variétés d'angine. Il plaçait l'esquinancie (synanche avec un *s*) dans le pharynx et la cynanche (cynanche avec un *c*) dans le larynx. Dans le premier cas, dit-il, il y a surtout des troubles dysphagiques, dans le second des troubles vocaux et respiratoires. Cette remarque fondamentale n'attira malheureusement pas suffisamment l'attention et le groupe des angines demeura dans sa confusion première, tellement qu'au début du XIXe siècle, Pinel, Roche, Valleix, etc., se servent exclusivement des termes pharyngites et laryngites qu'ils trouvent avec raison plus clairs et plus expressifs.

2. Pour ces doctrines médicales, consulter le tome II de notre *Histoire des maladies du pharynx* et l'article histoire de la médecine du *Dictionnaire encyclopédiques des sciences médicales* de Dechambre.

3. A un moment donné, on a fait reposer toute la pathologie sur les lésions de ces vaisseaux blancs.

aspect blanchâtre ; mais il assigne à ces lésions qu'on rencontrerait surtout chez les strumeux[1] une symptomatologie de fantaisie, où la réaction inflammatoire et notamment la douleur seraient singulièrement intenses, de telle sorte que *c'est phlegmon et non œdème qu'il aurait dû dire.* Van Swieten a abondé dans les idées de son maître, et il a insisté avec beaucoup plus de force non seulement sur le siège du mal, mais encore sur les désordres respiratoires qui résultent de cette même localisation laryngée. C'est qu'il avait, pour appuyer les conceptions purement théoriques de son maître, les données expérimentales de Lower, qui avait étudié sur l'animal les résultats de la ligature des grosses veines du cou. Cet auteur déterminait ainsi un œdème plus ou moins diffusé au larynx et aussi au pharynx, ainsi que l'ont démontré des recherches ultérieures. Pour Van Swieten, la tuméfaction des voies aériennes et digestives supérieures par obstruction de la circulation était donc bien une réalité et, comme il était bon physiologiste, il a compris tout de suite les déductions symptomatiques qu'on pouvait en tirer du vivant des malades. Mais, de ce concours heureux de circonstance, il n'a su tirer ni une localisation précise des altérations morbides, ni une symptomatologie exacte, preuve évidente qu'il ne se doutait pas de ce que pouvait être cliniquement et anatomiquement l'œdème de la glotte.

Entrons maintenant dans la discussion des textes. Dans son aphorisme 784, Boerhaave écrit : « Cujus (anginæ) duplex observatur species ; prima sine ullo signo tumoris externi internive apparet. Altera vero cum aliquo tumore in aliqua parte organorum descriptorum (aphorisme 783) deprehenditur semper. » Il s'agit manifestement de l'esquinancie avec lésions et de l'esquinancie sans lésions des Anciens, mentionnées par nous précédemment. Jusqu'ici rien de nouveau ; mais, plus loin, il mentionne son processus favori de l'obstruction vasculaire avec ses conséquences, la tuméfaction par œdème. « Angina *aquosa*, *œdematosa*, catarhosa tenuis est impedita vel dolens respirandi vel deglutiendi exercitatio cum tumore lymphatico partium, quibus illa fit vel vicinorum. » Ainsi la douleur, la gêne fonctionnelle seraient très marquées d'après l'expression même de l'auteur.

Van Swieten est beaucoup plus explicatif que son illustre maître, ainsi que nous l'avons dit plus haut. « Quando *tumor albus*, aquosus, frigidus absque inflammationis validae commitantis signis, occupat illas partes quae *deglutitioni vel respira-*

1. Individu à voies lymphatiques obstruées. On ne connaît pas encore la scrofule, diathèse inventée par Rayer et Bazin.

tioni serviunt, vel in vicinis locis similis tumor natus horum organorum functiones turbat, dicitur adesse *angina aquosa vel aedematosa. Magnus dolor hanc speciem anginæ comitatur* [1].... Si autem quis dolor adsit, ille plerumque tantùm a distractione partium per hos tumores factâ nascitur. — In *debilibus, pellidis, leucophlegmaticis*, in quibus totum fere corpus frigido et inerti tumore turget, quandoque talis angina observatur ; *in reliquis aparet fere nunquam*. Uvula est tunc plerumque elongata, pellucida ferè, aggesto humore aquoso turget [2], tonsillæ quandoque pariter tument, pellidæ omnino... Si ergo illa membranæ pars, quæ uvulam, pharyngem, tonsillas, etc., investit, simili efficiatur modo, deglutitio læsa erit ; *si laryngem vel asperam arteriam idem morbus corripiat, cum molestissima* tussi impeditur libera respiratio. » Van Swieten trahit manifestement l'origine de ses idées sur la pathogénie de l'angine aqueuse, en rapportant dans le passage suivant les expériences de Lower sur la ligature des gros vaisseaux du cou, ainsi que nous l'avons relaté plus haut. « Venas jugulares, subducto filo ligaverat a rete in cane vivo et post aliquot horas, partes omne supra ligaturam mirè intumescebant et intra duos dies *canis quasi angina suffocatus*, interiit. Toto hoc tempore non solum lacrymæ copiosius fluebant, sed et plurima saliva in ore stillabat non aliter quam si ab assumpto mercurio fluxus ille concitatus fuisset. Post mortem animalis dum cutim a tumefactis partibus separaret, credens (Lower) se sanguine extravasato turgida enventurum omnia, mirabatur quod nullum vestigium vel colorem fere sanguinis observaret, sed musculi omnes et glandulæ sero limpido maxime distentæ et admodum pellucidæ, apparerent. » Van Swieten n'avait pas de peine à entrevoir que les lésions laryngées, étouffant *a priori* les malades, devaient être plus graves que la simple tuméfaction pharyngée, et c'est en effet ce qu'il dit formellement.

Pour rétablir la circulation et évacuer ce superflu de lymphe, il s'adresse, bien entendu, aux dérivatifs ; et, comme Baylé ajoute une certaine importance à son traitement, il est bon d'en parler

1. Ainsi, pour Van Swieten comme pour Boerhaave, il y a une réaction douloureuse extraordinaire.

2. Cette tuméfaction œdémateuse de l'isthme, notamment de la luette qui s'allongerait et se boursouflerait, ne se voit pour ainsi dire jamais dans l'œdème de la glotte même de nature hydropique. On ne constate quelque chose de semblable que dans des lésions de toute autre nature, telles qu'un phlegmon péritonsillaire avec tuméfaction énorme de l'isthme, envahissant de proche en proche l'orifice supérieur du larynx.

un peu ici. Après avoir ordonné les vésicatoires, les sangsues, les sudorifiques, les diurétiques, les purgatifs, les hydragogues, il ne recule pas devant les moyens extrêmes. « Aut si periculum in morbo videantur esse ne tumores aucti suffocationis periculum inducant, causticis vel scapello via conciliatur aggestis aquosis tumoribus. » Van Swieten suit plus particulièrement ici la pratique d'Hippocrate et de Celse, lorsque la luette considérablement œdématiée menace le malade de suffocation. Il insiste aussi sur l'importance des vésicatoires à la nuque, au cou, derrière les oreilles ; il veut que l'on cherche à obtenir ainsi des vésicules pleines de sérosité (vesicas lymphâ plenas). Les sialagogues pourront aussi être utiles, et il signale la pyrèthre, le poivre, le gingembre, etc.

Les aphorismes 801 et 802 se rapportent, partiellement, semble-t-il, à notre phlegmon laryngé beaucoup plus qu'à notre œdème de la glotte.

« § 801. Si sola laborat pulmonalis fistula, illœsis aliis, in internâ suâ membranâ musculosâ, tum oritur ibi tumor, calor, dolor, febris acuta calida, cœterum externa nulla signa ; vox acuta, clangosa, sibilans ; inspiratio acuté dolens ; respiratio parva, frequens, erecta, cum summo molimine ; hinc circulatio sanguinis per pulmones difficilis ; pulsus mirè et cito vacillans ; angustiæ summæ ; cita mors, Estque hæc una ex iis, quæ funestissima, nec externa dant signa ; quod vero propriùs glottidi et epiglottidi malum, eo sanè magis lethale.

« § 802. Si larynx imprimis *acute inflammatur*, et sedem habuerit malum in musculo albo glottidis [1] et simul in carnosis ei claudendæ inservientibus, oritur dirissima, subito *strangulans, angina* (signa ut priora (801) : dolor in elevatione laryngis ad deglutitionem ingens, acutus inter loquendum atque vociferandum ; vox acutissima, stridula ; citissima, cum summis angustiis, mors. Est que hæc, sine signis externis, omnium pessima [2]. »

Enfin, autre part (Commentaire des aphorismes 814 et 815), Van Swieten affirme plus nettement encore la possibilité d'une suppuration diffuse suraiguë de l'organe phonateur. « Cum enim vel in pulmonali fistulâ (caverne) vel circà laryngem hærent malum et omnia inflammationis symptomata augeantur, dum illa in suppurationem tendit, suffocabitur æger ; antiquum abcessum maturescere possit... Interim non omnino impossibile videtur natam circà laryngem inflammationem suppurari posse. »

1. Notre thyro-aryténoïdien, déjà bien décrit par Fabrice d'Aquapendente et par Santorini.
2. C'est l'esquinancie sans tuméfaction apparente des Anciens.

Hoffman est beaucoup moins intéressant à consulter que Van Swieten. Il en est encore pour l'esquinàncie sans signes physiques apparents, suivant la conception des Anciens, pour l'inflammation larvée ne portant que sur les plans sous-muqueux (profonds) du pharynx. Malgré ces lésions cachées, la réaction inflammatoire, dit-il, imitant en cela Arétée et Cœlius Aurélianus, serait des plus violentes (*Méd. rat.*, t. IV, pars. I, sect. II, chap. IV : De anginâ) :

« Nimirum vetustissima est distinctio anginæ generalis in interiorem et exteriorem, sive manifestæ et occultæ. Illa in interioribus nerveis et maculosis faucium tunicis consistit, et ob id neque in collo exterius, neque in ore, quantum visui patet, tumor et inflammatio conspicitur, sed ardor internus, febris acuta, in graviori casu non modo spirandi, sed et deglutiendi difficultas, multumque periculi subest... » Et paragraphe IX : « Imprimis maximum suffocationis est periculum, quando musculus, qui vocatur thyro-arytenoïdeus, rimæ occlusioni dicatus, affectus [1]. »

Cullen (*Méd. prat.*, liv. II, chap. VIII, sect. III), est assez imprécis ; mais les observations publiées par lui et les recherches des anatomopathologistes lui ont fait connaître l'existence de laryngites graves.

« On a donné le nom *d'esquinancie trachéale* à l'inflammation de la glotte, du larynx, ou de la partie supérieure de la trachée-artère, soit qu'elle affecte les membranes de ces parties ou les muscles qui y sont adhérents. L'inflammation peut y naître d'abord et s'y fixer, ou bien s'y porter dans le cas d'esquinancie tonsillaire ou maligne. »

« — On a rarement observé cette maladie, soit primitivement, soit à la suite de l'esquinancie tonsillaire ; il y en a peu d'exemples indiqués et décrits par les médecins ; elle se reconnaît au son rauque particulier de la voix, à la difficulté de la respiration, à un sentiment de constriction du larynx, et à la pyrexie qui l'accompagne. ». — « D'après la nature de ces symptômes et l'ouverture des cadavres de ceux qui sont morts de cette esquinancie, on ne peut douter qu'elle ne soit inflammatoire. Néanmoins, elle ne suit pas toujours la marche des affections de ce genre ; fréquemment, elle bouche tellement le passage de l'air qu'elle suffoque le malade, et produit tout à coup la mort. »

Les observations qui se rapportent à cette maladie, ont presque toutes été prises sur des adultes, ajoute l'auteur. Il la

1. Fabrice d'Aquapendente avait démontré que ces muscles forment en réalité la glotte ; voir l'avant-propos de ce volume.

distingue avec soin de la laryngite polypeuse (c'est-à-dire membraneuse ou croup).

Comme on le voit, il s'agit de laryngites suraiguës analogues à notre phlegmon laryngé et non de l'œdème de la glotte.

Borsieri (*Institutiones medicinæ praticæ*, vol. III, p. 364, Lipsiæ, 1798), en parlant des angines aqueuses, lymphatiques, pituiteuses, œdémateuses des auteurs, angines qui affectent en général l'arrière-bouche et ne sont accompagnées d'aucun danger, ajoute, signalant nettement la propagation de certaines isthmites au larynx : « Negari tamen haud potest interdum hujus modi anginas periculosas, cum nempe epiglottidem, glottidem, et laryngem afficiunt, aut aliter vias spiritus angustiores reddunt, vocis raucitate, aphonia tussi, stertore aliisque cognoscitur. »

Dans son premier mémoire sur la bronchotomie, le célèbre Louis, de l'ancienne académie de chirurgie, a rappelé l'existence, dans la littérature médicale, d'un certain nombre d'angines graves, suivies de laryngites et ayant déterminé de graves phénomènes de suffocation.

Sestier, qui a publié, sur l'œdème de la glotte, l'excellente monographie que l'on sait et qui a fait de l'affection un remarquable historique, en a signalé d'autres, notamment l'observation clinique de l'affection qui détermina la mort de l'illustre fondateur de la république des États-Unis d'Amérique, Washington (*The medical repository of New York*, vol. III, p. 311).

« Dirigeant quelques travaux à son habitation, dans son domaine rural de la Virginie, ce grand homme fut exposé à une petite pluie qui lui mouilla la nuque et les cheveux. Il fut pris pendant la nuit d'un frisson violent, avec constriction de la gorge, légère dysphagie, enrouement, toux peu considérable, et de dyspnée qui fit très rapidement des progrès alarmants. On fit coup sur coup deux saignées générales et on appliqua un vésicatoire sur la partie antérieure du cou. On administra en même temps des doses modérées de calomel suivies d'un lavement; aucun avantage; la respiration devient de plus en plus difficile. Vers trois heures et demie, quatrième saignée de trente-deux onces sans le moindre soulagement. Inspiration de vapeur d'eau et de vinaigre ; grains de calomel suivis de 5 ou 6 grains de tartrate antimonié de potasse par petites doses; résultat nul, à part une abondante évacuation alvine. Cependant les forces paraissent diminuer considérablement : vésicatoires aux extrémités et cataplasme de son et de vinaigre sur la gorge. La parole, pénible au début, devient presque impossible ; la respiration de plus en plus laborieuse, imparfaite et entrecoupée, et la mort arrive à onze heures et

demie dans la nuit du 14, le malade ayant conservé toute sa présence d'esprit. La nécropsie ne fut pas faite. La maladie n'a duré que vingt-quatre heures environ ».

Sestier, à ce propos, fait les remarques suivantes :

« Le croup des adultes ou des vieillards ne marche pas avec cette excessive rapidité. — Etant admis comme infiniment probable, sinon comme certain, que Washington a succombé à une *angine laryngée œdémateuse de forme inflammatoire aiguë*, nous trouvons ici un remarquable exemple de l'insuffisance des saignées abondantes et répétées coup sur coup dans le traitement de cette affection ; bien plus, loin de s'améliorer, la maladie, dans cette observation, ne fit que s'aggraver de moment en moment.

« Combien il est à regretter que la trachéotomie, proposée alors par le Dr Dick, n'ait pas été acceptée par ses confrères. »

Sestier conclut ainsi de cette observation et de celles publiées auparavant :

1° « On voit des adultes succomber rapidement à une inflammation de la gorge. Or, une angine simple se termine fort rarement d'une manière funeste, et comme d'ailleurs il n'est fait mention, chez ces malades, ni de fausses membranes, ni de gangrène de l'arrière-bouche, il paraît très probable qu'ils étaient affectés d'une angine laryngée œdémateuse subordonnée à une inflammation aiguë et simple de la gorge.

2° « D'autres adultes, auparavant bien portants, ont été promptement enlevés par une angine, sans que l'arrière-bouche parût affectée. Il ne s'agit pas ici de laryngite érythémateuse; car cette espèce de laryngite, ordinairement liée à une angine gutturale aiguë, n'entraîne presque jamais la mort des adultes. Il s'agit encore moins de croup; car, chez les adultes, cette affection est presque toujours précédée d'une inflammation pseudomembraneuse de la gorge; et d'ailleurs, chez eux, le croup ne marche pas avec une pareille rapidité. Nous pouvons donc croire que ces malades ont été atteints d'angine laryngée œdémateuse succédant à une inflammation aiguë du sommet du larynx.

3° « Et cette angine laryngée œdémateuse paraît presque démontrée chez quelques adultes leucophlegmasiques, affectés de suffocation laryngée, avec énorme infiltration du cou, avec engorgement œdémateux de l'arrière-bouche, et présence de cloches pleines d'eau sur le voile du palais. »

Morgagni, l'illustre anatomo-pathologiste qui régularisa et mit en règle absolue la pratique des autopsies, chaque fois que la chose était possible, a signalé assez exactement les lésions morbides qui caractérisent l'œdème de la glotte ; et, à ce point de

vue, il n'y a qu'à s'associer au juste éloge que lui adresse Sestier. Mais il ne faut pas se dissimuler, du reste, que le côté clinique de la question lui a échappé. Il a même attribué la mort du malade chez qui il avait découvert l'infiltration séro-purulente des replis aryténo-épiglottiques à l'apoplexie séreuse concomitante.

Ainsi, dans sa quatrième lettre (*De l'apoplexie séreuse*, § 24), il mentionne le cas d'un charpentier affecté d'un gonflement très considérable de la joue, et qui s'étendait jusqu'au-dessous du menton et de l'oreille. La mort fut presque subite. A l'ouverture du cadavre, on trouva les tissus qui recouvrent la parotide engorgés de sérosité ; du sang comme extravasé avait envahi la face postérieure du pharynx et d'autres parties intérieures du cou. Les membranes qui tapissent la racine de la langue, les amygdales et tout *l'extérieur du larynx, étaient très engorgées d'une sérosité visqueuse et jaunâtre*, de telle sorte cependant que les amygdales elles-mêmes, et l'intérieur du pharynx, étaient dans l'état naturel. « Conspectæ igitur sunt membranæ quæ linguæ radicem, tonsillas et exteriorem undique laryngem convestiunt, lento sub flavo sero plurimum turgidæ sic tamen, ut tonsillæ ipsæ, et canalium quos memoravimus, interiora secundum naturam se haberent. »

L'infiltration des replis aryténo-épiglottiques n'est ici, comme on le voit, qu'assez vaguement décrite ; mais elle l'est beaucoup plus exactement dans les deux observations qui suivent.

La première est rapportée dans la même lettre (§ 26).

Il s'agit d'un paysan âgé de quarante ans, atteint d'une affection qui paraît avoir été la fièvre typhoïde. A l'ouverture du cadavre, on trouva, entre autres lésions, une tumeur à peu près de la grosseur d'une noix, occupant, avec la gencive à laquelle elle était continue, la partie droite du palais, à l'endroit où une des dents molaires était extrêmement cariée ; cette tumeur était remplie de pus. La membrane qui recouvre le voile du palais et les parties contiguës, ainsi que l'extérieur *du larynx jusqu'au sommet de l'épiglotte*, était livide au dernier degré, déchirée, et laissa voir, après qu'elle eut été incisée, une infinité d'espèces de cellules dont les parois, minces et un peu rouges, étaient distendues par une sorte de gélatine. Ce qui était au-dessous de ces cellules paraissait être sain ; mais la face interne du larynx, près de la glotte, était teintée d'une couleur rougeâtre, et les côtés mêmes de la glotte qui, du reste, avaient la couleur blanchâtre ordinaire, étaient beaucoup plus rapprochés qu'ils ne le sont habituellement. « Porro membrana qua uvula, et contiguæ partes, atque exterior larynx ad extremum usque

epiglottidis apicem conteguntur, cum in summo livida erat, tum concisa innumeras quasi cellulas sub se ostendit, quarum tenues, et subrubri parietes quadam, ut sic dicam, gelatina cellulas complente, distendebantur. Quæ hiscellulis suberant, ea quidem sana apparebant; at interior tamen laryngis facies subrubro colore prope glottidem infecta erat, ipsaque glottidis latera, quæ ceteroquin albicabant, ut solent, multo magisquam soleant, connivebant. »

Dans sa lettre XLIV (§ 3), Morgagni parle d'un sujet de trente-trois ans environ, qui succomba à une violente angine inflammatoire, malgré des saignées répétées. A l'ouverture du cadavre, on trouva la membrane qui recouvre les tonsilles épaissie par la sérosité, semblable à de la gélatine jaunâtre. L'épiglotte était tuméfiée par de la sérosité et du sang.

Puis, l'auteur décrit une lésion qui rappelle les bourrelets de l'angine œdémateuse inflammatoire. En effet, il s'élevait de chaque côté du sommet du larynx *une protubérance un peu moins grosse que l'épaisseur du petit doigt*, etc. « Vous auriez dit deux condylomes enflammés... »

« In singulis enim lateribus se attolebat in singulas protuberantias paulo minori quam digiti minimi crassitudine. Hæc ab regione imæ basis cricoidis cartilaginis profectæ, et inter ascendendum convergentes, eo usque perveniebant, ut altitudinem cartilaginum arytœnoidum aliquanto superarent, ab his tamen, ab eaque summa laryngis parte omnino sejunctæ, reliquæ inferiori adherentes. Duo inflammata condylomata esse dixisses, forman et colorem aspiciens eumdem videlicet atque ad epiglottidem descripsi, nisi quod in his plus erat ex coccineo, minus ex fusco. »

Dans son traité d'anatomie pathologique, le célèbre Bichat, après avoir décrit la membrane muqueuse qui tapisse le larynx, ajoute « que la portion qui forme l'ouverture supérieure du larynx est soumise à une espèce particulière d'engorgement séreux qui ne se manifeste en aucun autre endroit, et qui, épaississant beaucoup ses parois, suffoque souvent en très peu de temps les malades. Les auteurs, dit-il, ont indiqué les symptômes de cette angine particulière; mais ils ne connaissent pas l'état anatomique que présentent alors les parties ».

Plus loin (p. 404), Bichat mentionne le résultat de plusieurs vivisections faites sur des chiens, et dans lesquelles il fit des incisions au-dessous de la langue en perçant l'épiglotte; il cite ce détail : « Une fois un des chiens soumis à cette expérience est mort le lendemain d'une angine séreuse exactement analogue à celle qui suffoque tout à coup les malades et qui a son

siège dans les deux replis de la membrane muqueuse étendus entre les aryténoïdes et l'épiglotte. » Sestier s'exprime ainsi à propos du passage de Bichat que nous venons de mentionner : « A l'exception des descriptions et des indications anatomiques de Morgagni et de Bichat, on voit combien, avant Bayle, les documents relatifs à l'angine laryngée œdémateuse étaient vagues et imparfaits, et combien par conséquent nous avons raison d'attribuer à cet auteur la découverte de l'affection dont nous parlons, puisque, le premier, il en a très nettement décrit à la fois les lésions et les symptômes. »

Bayle fit deux travaux successifs sur l'œdème de la glotte : l'un resté inédit dans les cartons de la Faculté, l'autre qui est son article du *Dictionnaire en 60 volumes.*

« Cinq années s'étaient écoulées, dit Sestier, après la lecture du premier mémoire de Bayle, lorsque le Dr Finaz, de Seyssel, publia, dans sa thèse ayant pour titre : « Quelques observations chirurgicales recueillies à l'Hôtel-Dieu de Lyon » (1813, n° 78, p. 9, Paris), une observation d'angine laryngée œdémateuse fort intéressante, puisque l'auteur *indique, le premier, l'emploi du toucher*, dans le but de reconnaître l'état du sommet du larynx... « Le doigt, porté jusqu'au cartilage épiglottique, ne me fit rien reconnaître de particulier », dit-il. — Une autre circonstance qui augmente encore l'intérêt attaché à cette observation, c'est que le Dr Finaz est aussi le premier qui ait proposé la sonde de gomme élastique dans le cas d'angine laryngée œdémateuse. »

Le premier mémoire de Bayle n'avait pas été publié ; mais les conclusions avaient été assez vite divulguées dans le public médical de l'époque, du moins dans celui qui fréquentait les hôpitaux parisiens. Thuillier, le successeur immédiat de Bayle, qui consacra, en 1815, sa thèse à l'étude clinique de l'affection (*Essai sur l'angine laryngée œdémateuse* par Thuillier, chirurgien interne de l'Hôtel-Dieu. — Dupuytren, président, Richerand, Vauquelin, Désormeaux, examinateurs), ne parle pas beaucoup de son devancier. Dans une note annexée au traitement (p. 23), il se contente de dire : « M. Bayle a fait un travail sur cette maladie sous le titre de mémoire sur l'œdème de la glotte ; mais, comme ce mémoire fait partie de ceux de a Société de médecine, il m'a été impossible d'en prendre connaissance. Je sais seulement que M. Bayle a constamment remarqué, dès le commencement de la maladie, l'altération du timbre de la voix qui devient rauque et affaiblie, la difficulté de l'inspiration, tandis que l'expiration reste libre et des accès de suffocation, qu'en outre, à l'ouverture des cadavres, il a trouvé

des altérations semblables à celles que j'ai vues. » L'auteur ne fait en somme mention que de Boerhaave à propos de l'angine aqueuse. D'après lui, Mead et Hoffmann auraient signalé aussi, quoiqu'assez vaguement, l'œdème de la glotte. Puis il cite Van Swieten qui, commentant son maître, dit que le mal s'annonce par des frissons, une violente fièvre : la douleur de gorge ne surviendrait qu'après.

L'étiologie et la symptomatologie du mal sont tracées assez brièvement par l'auteur. « Cette singulière maladie, qui jusqu'à présent au moins, à ma connaissance, n'a été observée que chez des personnes affaiblies par une maladie antérieure, consiste dans l'infiltration séro-purulente ou simplement séreuse du tissu cellulaire qui unit la membrane muqueuse du larynx aux cartilages qui forment l'ouverture supérieure de cet organe. Elle commence à se manifester ordinairement le soir et présente les symptômes suivants : Le malade se plaint d'abord, sans avoir éprouvé de frissons, pas même d'horripilations, d'un mal de gorge qui lui donne la sensation de la présence d'un corps étranger situé à la partie de la région antérieure du cou qui correspond à l'extrémité supérieure du larynx. Cette douleur qui augmente légèrement par la pression n'est accompagnée d'aucun gonflement extérieur. La déglutition est libre ou peu gênée ; mais, pendant qu'elle s'exécute, le malade dit que le corps monte. Sa respiration offre des altérations constantes et faciles à saisir ; elle est de suite, pour ainsi dire, tellement gênée, que les malades sont obligés, pour ne pas suffoquer, de se tenir sur leur séant, et de porter la tête en arrière. L'inspiration douloureuse, bruyante, sans être aiguë et quelquefois entrecoupée, ne se fait qu'avec la plus grande difficulté, tandis que l'expiration est aussi libre qu'à l'état sain. La voix est rauque et affaiblie. Les autres fonctions n'ont éprouvé aucun changement. Il n'y a pas de fièvre, néanmoins le pouls est plus fréquent qu'à l'ordinaire. Mais cet état n'est pas de longue durée ; la maladie fait des progrès si rapides qu'en peu de temps les symptômes deviennent alarmants. La respiration est de plus en plus gênée ; l'inspiration presque impossible fait éprouver une gêne cruelle. La tête est constamment portée en arrière. Le pouls devient petit, serré et très fréquent ; la face se colore d'un rouge violacé ; le cou se gonfle légèrement ; la suffocation paraît imminente... Bientôt la mort est certaine. »

Thuillier ne se préoccupe pas beaucoup des difficultés du diagnostic ; car, suivant lui, le *toucher digital* permet facilement de se tirer d'embarras. « Le doigt porté jusqu'à la base de la langue,

vers l'extrémité supérieure du larynx, fait découvrir une tumeur molle, une espèce de bourrelet au pourtour de l'ouverture de cet organe. Rien n'est aisé comme d'explorer le larynx. La bouche étant tenue ouverte à l'aide d'un corps solide placé entre les dents molaires et la tête appuyée, on porte le doigt indicateur de l'une et de l'autre main le long de la paroi moyenne de la langue, jusqu'à sa base, et, de là, en passant sur l'épiglotte, on l'introduit dans le larynx. Il est donc très facile d'acquérir un signe qui ne laisse aucun doute sur l'existence de la maladie. » Thuillier ajoute en outre, à ce propos : « M. le prof. Dupuytren, qui a bien voulu pratiquer plusieurs fois l'exploration du larynx sur la malade qui fait le sujet de la 6e observation, s'est convaincu de sa facilité et a reconnu l'existence de l'angine. Outre les avantages qu'offre l'exploration pour éclairer le diagnostic des maladies de la gorge, il est probable qu'elle sera utilement employée dans quelques cas comme moyen thérapeutique. » En effet, Dupuytren, chez une femme atteinte de cancer de la partie inférieure du pharynx aurait diminué par des pressions répétées (massage?) la tuméfaction des bourrelets aryténo-épiglottiques et aurait ainsi, suivant l'auteur, apporté un soulagement notable et durable.

En réalité, c'est dans les six observations de cet écrivain qu'il faut rechercher l'histoire clinique et les lésions de l'œdème de la glotte. Dans le 1er cas, chez un cachectique encore jeune, une éruption pustuleuse (varicelle) amène de la dyspnée respiratoire, mort rapide. Dans le larynx, à l'autopsie, on trouva le tissu cellulaire de l'orifice supérieur du larynx rempli d'une matière visqueuse, épaisse, comme purulente, qui ne s'échappait pas bien des mailles du tissu lamineux par pression. Dans le deuxième cas, le mal succéda à un fort mal de gorge. La dyspnée devient rapidement très intense ; on pensa à la trachéotomie, mais, quand le docteur Pelletan vint pour l'exécuter, le malade avait succombé. Dans le troisième cas, l'affection survint dans la convalescence d'une fièvre adynamique (fièvre typhoïde, laryngo-typhus?). Mêmes faits à peu près dans la quatrième observation. A l'autopsie des deux sujets, seule l'ouverture supérieure du larynx était lésée comme cela a lieu d'habitude. La cinquième observation est celle d'un phtisique mort par suite du gonflement des replis aryténo-épiglottiques et de l'épiglotte ; elle avait été recueillie par Bayle et publiée dans le *Journal de médecine* de Corvisart, le mois de germinal an XIII de la République. La sixième observation est d'une étiologie assez confuse. Il y avait laryngite chronique ; mais la malade fut prise d'une

fièvre bilieuse simple, dans la convalescence de laquelle l'œdème de la glotte éclata. Dyspnée rapidement croissante pendant l'inspiration seulement. Au toucher digital, Thuillier reconnut à gauche seulement le bourrelet œdémateux. Pose de vésicatoires, expectoration abondante, et, à la suite de celle-ci, guérison. Asselin et Dupuytren contrôlèrent le diagnostic. A ce sujet, l'auteur dit que MM. Roux et Asselin « ont rencontré plusieurs fois l'angine œdémateuse dans leur clientèle particulière. Une observation semblable a été perdue dans les cartons de M. le prof. Dupuytren. M. le professeur Récamier a vu plusieurs fois l'angine œdémateuse. »

Thuillier, chirurgien déjà exercé, comprend que seule l'intervention chirurgicale hâtive peut sauver les malades. « Comme il a été constaté dans le plus grand nombre des observations recueillies jusqu'à ce jour, que les dérivatifs conseillés par Boeerhaave et employés depuis par plusieurs médecins justement estimés ne doivent leur inefficacité qu'à la promptitude de la suffocation, il s'en suit que, pour faciliter leur action salutaire, on devra promptement recourir à l'opération de la laryngotomie ou à l'introduction d'une sonde de gomme élastique dans le larynx. Vainement, objecte-t-on, que, dans certains cas, les poumons étaient très lésés. Le plus souvent les autopsies ont démontré que ceux-ci étaient sains et que seul l'orifice supérieur du larynx était intéressé. La trachéotomie est parfaitement indiquée par le siège de la maladie et par l'imminence de la suffocation ; néanmoins, je lui préférerai l'introduction d'une sonde en gomme élastique dans le larynx. Si le malade pouvait la supporter, elle aurait tous les avantages de l'opération sans en partager les inconvénients. De plus, elle exercerait une compression salutaire sur les parties œdématiées. »

Travaux de Bayle. — En 1817, Bayle fit paraître, comme nous l'avons dit plus haut, dans le *Dictionnaire en 60 volumes*, une étude très détaillée du mal que nous allons analyser, étude qui a fixé en quelque sorte l'état de la question jusqu'à l'apparition du célèbre mémoire de Bouillaud.

L'auteur avait tout d'abord imposé à l'affection décrite pour la première fois par lui l'appellation d'œdème de la glotte, désignation mauvaise ; car elle ne s'accorde nullement avec le siège réel des lésions. Plus tard, il la nomma d'une façon plus exacte.

« On pourrait donner à cette maladie le nom *d'angine laryngée œdémateuse*, parce qu'elle n'est autre chose qu'une infiltra-

tion séreuse de la membrane qui tapisse le larynx et que tous les symptômes qu'elle présente sont l'effet de cette infiltration. »

En présence de ce liquide tremblotant, enfermé dans les mailles du tissu cellulaire si abondant à l'orifice supérieur du larynx, Bayle avait conclu à un épanchement hydropique.

« Toujours, dit-il, les bords de la glotte[1] sont gonflés, épaissis, libres et comme tremblotants. Ils forment un bourrelet plus ou moins saillant et très infiltré d'une sérosité qu'il est très difficile de faire écouler[2], même en comprimant entre les doigts une portion de la membrane à laquelle on a fait plusieurs incisions. Un tissu cellulaire extrêmement dense retient le liquide dans un réseau très serré dont il semble que les aréoles ne communiquent point ensemble[3]... Les bords de la glotte infiltrés et gonflés sont disposés de telle manière, *que toute impulsion qui vient du pharynx les renverse dans l'ouverture de la glotte, qu'ils bouchent plus ou moins complètement, tandis que toute impulsion qui vient de la trachée-artère repousse ces bourrelets sur les côtés de l'ouverture de la glotte dont l'orifice devient très libre.* » Le larynx paraîtrait souvent intact ou au contraire enflammé et plus ou moins gravement altéré. « On n'y voit quelquefois qu'un gonflement œdémateux, léger et uniforme; d'autres fois on y aperçoit des taches rouges et des vaisseaux rouges et injectés. On y a aussi découvert une altération plus ou moins étendue[4] (phtisie laryngée), soit sur les cordes vocales, soit dans les ventricules, soit à la base du cartilage cricoïde (périchondrite cricoïde dont Cruveilhier se fera plus tard l'historien). Chez d'autres sujets, il y a un abcès dans le larynx ou tout auprès (racine de la langue?). On a aussi observé la carie des cartilages de cet organe (périchondrite diffuse). Les poumons sont ordinairement bien crépitants et flasques en avant. Ils sont un peu gorgés de sang dans leur partie postérieure; mais cet engorgement n'est pas plus considérable que celui qu'on trouve chez les individus qui ont succombé à toute autre maladie en conservant jusqu'à la fin la liberté de la respiration. » Donc, pas d'asphyxie d'origine pulmonaire, mais bien d'origine laryngée.

1. A l'époque de Bayle, le terme glotte n'avait pas encore le sens précis et étroitement limité qu'il aura plus tard.

2. Comme dans tous les œdèmes inflammatoires, le liquide est ici très visqueux et chargé de fibrine.

3. Bichat avait considéré, d'après les résultats de l'insufflation pratiquée par les bouchers pour détacher les peaux, que les aréoles de ce tissu cellulaire communiquaient ensemble.

4. C'est Cruveilhier, puis Trousseau et Belloc, qui feront surtout ressortir cette variété spéciale d'œdème de la glotte.

La *symptomatologie* de l'œdème de la glotte a été très nettement dépeinte dans les lignes suivantes, au début de l'article de Bayle. « L'angine laryngée œdémateuse est caractérisée par une gêne constante de la respiration produite par le gonflement œdémateux des bords de la glotte. Cet œdème n'est pas ordinairement accompagné de fièvre. *Il rend l'inspiration difficile*[1] *et sifflante, tandis que l'expiration reste facile.* Il détermine une gêne constante dans le larynx et il occasionne de loin en loin des *accès de suffocation,* pendant lesquels l'inspiration, devenue très sonore et très bruyante, est presque impossible, quoique l'expiration soit toujours facile. » Ce faciès de l'affection devrait toujours suffire, suivant Bayle, pour différencier cet état morbide des états laryngés où il y a aussi gêne plus ou moins accentuée au passage de l'air et c'est pourquoi il s'exprime ainsi : « Cette courte exposition du siège, de la nature et du caractère essentiel de l'angine laryngée œdémateuse, est suffisante pour faire connaître cette maladie et pour empêcher de la confondre avec certaines autres affections qui ont avec elle quelques autres rapports. En effet, les symptômes et les signes de l'angine laryngée œdémateuse sont si bien tranchés et son diagnostic est si facile qu'il est impossible de la méconnaître après avoir lu sa description[2]. »

Le *début* est, dit Bayle, assez variable ; parfois il serait brutal et accompagné de phénomènes de strangulation, mais ceci serait assez rare. « L'angine laryngée œdémateuse peut débuter par la suffocation, accompagnée de douleur dans la région du larynx (par exemple à la suite d'inflammation suppurée, comme on le sait aujourd'hui, siégeant à la base de la langue, ex. tonsillite linguale), mais ordinairement son invasion est bien moins effrayante. Elle ne se déclare d'abord que par un sentiment de malaise dans le larynx ; les malades cherchent à s'en débarrasser en faisant une expiration forte et sonore, pour expulser les mucosités qui semblent obstruer ou gêner le larynx. Ils portent souvent la main à cette partie où ils disent ressentir une gêne, un malaise, plutôt qu'une douleur. Ils essaient très fréquemment d'avaler un corps étranger qu'ils croient sentir à l'entrée de l'œsophage. La

1. Cette difficulté de l'inspiration est caractéristique quand elle existe ; mais Trousseau fera voir plus tard que l'expiration aussi peut être gênée quand les parties sont dures et fortement empâtées, de façon à gêner le cours de l'air dans les deux directions, de telle sorte que cet auteur dénie au fameux signe de Bayle l'importance et la constance qu'on lui avait assignées un peu théoriquement.

2. On a vu que Thuillier regarde l'affection comme si caractéristique qu'il a beaucoup abrégé le tableau morbide.

voix est un peu rauque. Il n'y a point de fièvre, et la santé paraît assez bonne. Cependant, au bout d'un, deux, trois ou quatre jours, la maladie augmente; les efforts pour débarrasser le larynx se multiplient et il s'établit parfois une expuition de crachats glaireux plus ou moins abondants ; la voix devient plus rauque, s'éteint même quelquefois, et il y a, par instant, un peu de gêne en respirant; mais cette gêne est de peu de durée. Insensiblement, la respiration devient un peu plus bruyante et presque comme râlante. Cependant les secousses volontaires imprimées au larynx par l'expiration prompte et sonore, destinée à expulser ce qui gêne cet organe, détermine l'expuition de crachats glaireux, et alors l'inspiration fait entendre un bruit sec tout à fait particulier. Le pouls n'offre encore, à cette époque, aucun changement, l'appétit persiste et le malade ne s'inquiète pas de son état. Bientôt, chez quelques sujets, survient un peu de toux par instant, mais fort légère et assez rare, et la gêne de la respiration est habituelle, quoique pendant des heures entières, elle soit peu considérable [1]. »

A la période d'état, le tableau morbide apparaît à la fois, dit Bayle, et plus grave et mieux caractérisé; car il s'y ajouterait une dyspnée plus permanente et des accès de suffocation d'une allure spéciale. « Pendant cette suffocation, la tête est portée en arrière, l'inspiration est très difficile et bruyante, l'expiration très facile [2]. A la fin de l'accès, la respiration devient un peu plus libre; souvent elle reste plus gênée qu'avant l'accès, et d'autres fois elle redevient aussi libre ou même plus libre; le malade reprend son état antérieur et il passe plusieurs heures, quelquefois même plus de huit jours (nos œdèmes de la glotte des phtisies laryngées ou des laryngites syphilitiques) sans éprouver de nouvelles suffocations. Elles arrivent au bout d'un temps plus ou moins éloigné, et elles deviennent de plus en plus violentes; puis elles se rapprochent et, dans l'intervalle, la respiration devient progressivement plus grave et plus bruyante, surtout pendant le sommeil; quelquefois elle paraît libre de nouveau pendant plusieurs heures et la voix est un peu moins

1. Parce que le spasme ici n'est pas tout à fait absent. C'est lui qui aggrave les troubles dyspnéiques ; quand il cesse, la respiration devient plus libre.

2. On a expliqué cela mécaniquement, comme on l'a vu plus haut; mais le spasme de la glotte joue aussi son rôle, car dans certaines lésions dont le siège est autre que celui de l'œdème, on peut parfois observer des phénomènes analogues aux précédents. L'expiration survient alors au moment de la détente.

rauque ou moins éteinte. De nouveaux accès et une nouvelle gêne survenus ordinairement pendant le sommeil, et quelquefois pendant la veille, déterminent bientôt de nouvelles angoisses. L'appétit diminue, mais cesse rarement tout à fait. Le pouls devient moins régulier. » Cependant le tableau morbide ne serait pas encore bien effrayant, de telle sorte, dit Bayle, « que si on n'a pas déjà vu la funeste issue de cette affection, on ne peut encore se persuader que la vie soit dans un grand danger ». Mais bientôt la crise asphyxique prend une malignité qui détrompe amèrement ces vues optimistes. « Le malade, assis sur son séant, éprouve une gêne extrême pour respirer ; ses épaules s'élèvent, toute sa poitrine est en mouvement. L'inspiration est très pénible, très bruyante, l'expiration est toujours facile (voir plus haut l'opinion de Trousseau). La suffocation semble imminente, la figure est tantôt pâle, comme rentrée et effrayée, tantôt rouge, gonflée, égarée. L'état d'angoisse s'atténue. Quelques malades demandent qu'on leur ouvre le larynx [1], d'autres cherchent un couteau pour se débarrasser de ce qui les suffoque, et il y a chez la plupart des instants de fureur qui les portent à attenter à leurs jours. Ils frappent avec leurs mains sur leur lit, s'agitent excessivement et poussent des cris de désespoir et de terreur [2]. Dans ces violents accès, et même dans des accès bien plus modérés, le pouls devient inégal, irrégulier et quelquefois plus ou moins intermittent [3]. » Souvent ces inégalités du pouls persisteraient après l'accès. Si celui-ci se répète trop souvent, le malade ne tarde pas à succomber, soit pendant la crise asphyxique, soit plus fréquemment dans un intervalle de calme apparent.

Quant au pronostic, « l'angine laryngée œdémateuse est presque constamment mortelle ».

Bayle a signalé les formes foudroyantes, rapides, lentes et ordinaires, mais sans y insister. « En général la durée est très indéterminée. Il est des malades qui succombent en moins de trente-six

1. Ce qu'avait fait Antyllus à la période gréco-romaine, et ce que proposait, au XVII[e] siècle, Habicot dans les obstructions laryngées. Plus tard Desault avait proposé le tubage, comme on l'a vu plus haut. Mais ces indications étaient restées dans la théorie. On les exécutait très rarement ; c'est à Trousseau qu'on doit, comme on le sait, d'avoir vulgarisé, en réalité, la trachéotomie.

2. Dans ce tableau très bien fait de l'allure de l'affection, Bayle dramatise un peu et généralise trop. Beaucoup de malades tombent rapidement dans une dépression et un assoupissement qui ne permettent point cette réaction tumultueuse.

3. A cause de la gêne du cœur ; par suite de la pression thoracique exagérée, il y a épuisement du pneumogastrique régulateur du cœur.

heures. Quelques-uns de ceux dont j'ai recueilli l'histoire sont morts du troisième au cinquième jour. D'autres ont vécu plus d'un mois et ont fini par succomber, quoique les premiers accès de suffocation eussent été fort légers et quelquefois éloignés de plus de huit jours. Il paraît, comme on le verra bientôt, que divers individus meurent dès le premier accès de la maladie. »

Parfois, dit l'auteur, le mal a une apparence idiopathique ; « quand cette angine laryngée œdémateuse (pour employer son expression) est primitive, elle paraît tenir à une affection catarrhale ou inflammatoire du larynx ». Bien plus souvent, elle serait due à une irritation du voisinage. « Quand elle (l'angine) est consécutive, elle dépend tantôt d'un abcès situé dans le larynx ou aux environs, tantôt d'une ulcération dans le larynx avec ou sans carie, tantôt d'une phtisie laryngée simple ou compliquée, et, quelquefois enfin, elle est la suite de quelqu'autre maladie aiguë ou chronique qui, en irritant les bords de la glotte, en a déterminé l'infiltration. »

Bayle ne signale pas les maladies hydropigènes très mal connues à son époque[1] ; mais cependant, chose remarquable, il regarde la forme primitive du mal comme surtout fréquente dans la convalescence « des maladies fébriles d'un caractère grave, telles que les fièvres adynamiques ou ataxiques ». Il ne s'explique du reste pas bien les causes occasionnelles qui donnent naissance à l'œdème de la glotte dans de pareilles circonstances, rien ne pouvant faire présager le mal avant son éclosion.

Quoi qu'il en soit, Bayle insiste sur ce fait qu'il s'agit d'un incident morbide causé par une gêne mécanique et que l'œdème de la glotte n'est nullement une phlogose dont il n'a ni l'allure ni certains symptômes tels que la fièvre.

Bayle a *différencié* assez bien l'œdème de la glotte des différentes affections qui pourraient le simuler ; s'il oublie les corps étrangers, il cite par contre l'anévrisme de la crosse de l'aorte. « L'œdème de la glotte détermine des symptômes assez analogues à ceux de quelques autres maladies qui sont : 1° l'asthme convulsif ; 2° l'asthme aigu de Millar ; 3° l'angine de poitrine ; 4° l'angine laryngée inflammatoire ; 5° enfin et quelquefois l'anévrisme de l'aorte. Mais l'ensemble des symptômes de l'angine laryngée œdémateuse ne permet de confondre

1. On ignorait totalement le mal de Bright, de telle sorte qu'on n'invoquait encore qu'un état trop aqueux du sang (anémie, etc.), ou une gêne mécanique de la circulation.

cette maladie avec aucune de celles que nous venons de nommer. En effet, dans l'asthme convulsif, la suffocation commence subitement ; elle n'est point précédée d'un sentiment de malaise dans le larynx. Après l'accès, il n'y a aucune gêne dans le haut de la trachée-artère ; s'il y a gêne encore, elle tient à la poitrine et le malade ne la rapporte pas à la région du larynx. Dans l'asthme aigu de Millar, la suffocation tient au spasme de la poitrine, et le resserrement convulsif du larynx, quand il a lieu, n'a pas été précédé de malaise et de douleur dans la région [1]. Dans l'angine de poitrine, la suffocation qui survient tout à coup est causée par la contraction de la poitrine et non par le rétrécissement de la glotte.

« Dans toutes ces maladies, dès que l'accès est dissipé, la respiration est parfaitement libre et le larynx n'éprouve ni gêne ni douleur. Dans certains *anévrismes de l'aorte*, qui compriment la trachée, la respiration devient sifflante, à la vérité, et il y a des accès de suffocation ; mais la douleur du larynx n'existe pas ou n'est pas constatée et, dans ce dernier cas, l'examen scrupuleux de la marche de la maladie peut ordinairement garantir de l'erreur. L'angine laryngée œdémateuse ne peut être confondue avec l'angine laryngée inflammatoire (non catarrhale, c'est-à-dire grave et à allure phlegmoneuse, notre laryngite suppurée actuelle) si bien décrite par Boerhaave. La violence de la fièvre dans cette maladie, son absence dans l'œdème de la glotte peut distinguer ces deux affections dont la marche est d'ailleurs très différente. »

Bien que Bayle soit, en théorie, assez partisan du tubage et même de la trachéotomie [2], dans la pratique, il se contentait de la saignée chez les pléthoriques, des vomitifs à titre révulsif, de la révulsion par les sinapismes très larges et les vésicatoires sur le cou, des antispasmodiques et des gargarismes astringents. Il recommandait, à l'exemple de Thuillier, mais théoriquement encore, le massage des replis aryténo-épiglottiques.

1. On savait déjà du reste, du temps de Bayle, que le mal est propre à l'enfance et que l'œdème de la glotte est rare à cette époque de la vie.

2. « Quoique nous ayons conseillé, dit-il très positivement, l'introduction de la sonde et même la laryngotomie, nous croyons devoir déclarer, que parmi le très petit nombre de malades que nous avons vu guérir, il n'en est aucun qui ait dû la guérison à l'introduction de la sonde ou à la laryngotomie. »

IV. — BLACHE



Blache a fait paraître dans le *Dictionnaire de médecine pratique* un article sur la pathologie médicale de l'organe vocal, remarquable par sa clarté, son érudition, ses qualités cliniques, chez cet auteur, toujours si éminentes, mais qui manque un peu d'une originalité, bien difficile, du reste, à déployer sur un sujet où les recherches des anatomopathologistes et des nosologistes antérieurs avaient, en l'absence du laryngoscope, fait déjà connaître presque tout l'essentiel vraiment accessible aux investigations élémentaires de l'époque. Néanmoins, malgré l'absence fréquente d'idées nouvelles [1], la présente monographie mérite de fixer notre attention, parce qu'elle constitue un bilan, en quelque sorte très exact et très fidèle, des notions sur les maladies de l'appareil phonateur, qu'on possédait dans la première moitié du XIX[e] siècle.

Les laryngites constituaient alors un groupe assez confus, assez mal séparé encore, dans ses formes chroniques, des affections spécifiques avec lesquelles elles avaient été si longtemps confondues, notamment de la phtisie laryngée qui, suivant beaucoup d'auteurs [2], en était souvent l'aboutissant en quelque sorte normal. Pour se reconnaître dans le dédale assez embrouillé de la réaction symptomatique, le clinicien en était réduit à analyser avec une minutie souvent arbitraire certains phénomènes, à apprécier l'intensité de ceux-ci, leur évolution ; pourtant, malgré des lacunes inévitables, la description de ces processus phlegmasiques, que l'on retrouve dans les traités de cette période, est en somme déjà assez complète et ne fait même point trop mauvaise figure auprès des expositions didactiques actuelles.

Inflammation muqueuses aiguës [3]. — L'*étiologie* était assez bien connue, puiqu'on distinguait des laryngites primitives, des

1. Cependant le spasme laryngé, notamment, est remarquablement décrit.
2. Les partisans de Broussais.
3. Blache dit larygnite aiguë ; en effet il confond encore avec le catarrhe, qui est le fond de sa description, les laryngites graves phlegmoneuse et œdémateuses inflammatoires.

laryngites par propagation et des laryngites symptomatiques. A côté des facteurs propres également aux angines, on en connaissait de spéciaux pour l'appareil phonateur. Enfin, on savait que l'inflammation de ce dernier est souvent englobée dans celle de l'appareil respiratoire tout entier, par exemple dans l'affection qualifiée de grippe ou d'influenza. Qu'on en juge plutôt. « Les mêmes causes qui donnent lieu à l'angine gutturale et à l'amygdalite, produisent quelquefois celle du tube aérien ; cependant il est des causes qui agissent d'une manière plus directe sur le larynx. Ces causes sont l'inspiration de vapeurs irritantes, d'un air très chaud ou très froid, la marche ou la course à pied, à cheval, en voiture découverte, dans une direction opposée à celle du vent, l'exposition du cou privé de vêtements qui le couvrent[1] à une température froide, l'exercice de la parole et surtout une déclamation animée[2] qui entraînent toujours une forte congestion sanguine vers les parties supérieures, et qui les rendent plus sensibles à l'action du froid. *Cette affection est plus fréquente en effet chez les acteurs, chez les chanteurs et généralement dans toutes les professions où l'organe de la voix est soumis à un exercice forcé.*

« La laryngite survient assez souvent pendant la maladie d'autres organes et par simple continuité de tissu (nos laryngites par propagation), comme on le voit dans l'inflammation des bronches, de la trachée-artère ou du pharynx.

« Elle n'est point produite par la contagion, à moins qu'elle n'accompagne une maladie contagieuse, telle que la rougeole, la scarlatine ou la variole. » A ce propos, Blache tourne court sur les particularités de ces laryngites des pyrexies exanthématiques, parfois si particulières et sur lesquelles les grands épidémiologistes anglais du siècle précédent nous avaient déjà fourni des documents de grande valeur. Mais, à propos de la « laryngite épidémique », l'auteur effleure une question des plus importantes et des plus intéressantes, sans du reste la discuter à fond, celle d'une déformation possible d'une fièvre exanthématique se présentant à l'état fruste et incomplet, comme le fait était démontré pour la « scarlatine sine scarlatinis ».

Une autre hypothèse, datant des temps hippocratiques, expli-

1. Notion rapportée par tous les auteurs gréco-romains, médiévistes, etc., et qu'on retrouve déjà dans les hippocratiques. La marche contre le vent expose à l'inspiration de poussières infectées de microbes.

2. Notions également très anciennes, qu'on retrouve chez les auteurs gréco-romains, les rhéteurs, etc. Aussi recommandait-on aux orateurs et aux chanteurs une pratique habile de leur voix et une hygiène vocale appropriée.

quait plus simplement l'analogie des déterminations morbides, à un moment donné, par la « constitution épidémique » ; et il est de fait que les conditions atmosphériques impriment parfois aux infections microbiennes un caractère assez particulier pour frapper l'attention des observateurs. Quoi qu'il en soit, l'écrivain se borne surtout à signaler ce qui s'est passé en Grande-Bretagne au commencement du siècle. Quand la rougeole frappe un grand nombre de sujets à la fois, « presque toujours alors elle coïncide avec l'angine gutturale et pharyngée, comme on le vit, dans l'automne de 1818, dans quelques communes du département du Lot. Dans l'hiver de 1807 et plus particulièrement au printemps de 1808, lors de l'épidémie de rougeole qui sévit à Edimbourg et dans ses environs, on observa un grand nombre de laryngites, non seulement avant et pendant l'éruption rubéolique, mais encore après, et quand déjà la toux avait complètement cessé (Cheyne, *The cyclopedia of practical medicine*, III).» C'est aussi d'après le nosographe écossais que Blache signale les brûlures du larynx par les aiguières des théières chez les jeunes enfants insuffisamment surveillés[1].

L'anatomie pathologique de cette affection bien localisée au revêtement muqueux passait pour être peu importante et absolument semblable à celle d'autres régions de l'économie ; aussi l'auteur n'en parle même pas et va tout de suite à la *symptomatologie*. Celle-ci, dit-il, est absolument commandée, ainsi que la marche, par l'intensité du mal, c'est-à-dire des altérations morbides. «Dans les cas les plus légers, elle ne donne lieu à aucuns symptômes généraux. La voix devient grave, rauque, un peu voilée. C'est un simple enrouement, sans douleur, qui fixe à peine l'attention du malade, et se dissipe ordinairement de lui-même ou à l'aide des moyens les plus simples, au bout de quelques jours. »

D'autres fois, au contraire, la maladie débuterait par un malaise général, un frisson passager suivi d'un mouvement fébrile plus ou moins marqué ; bientôt il surviendrait un changement sensible dans le timbre de la voix, et une douleur tantôt médiocre tantôt vive se fait sentir au larynx. Cette douleur, qui est parfois le premier symptôme, augmenterait quand le malade tousse ou parle et quand on exerce une pression sur le cartilage thyroïde[2].

1. Sestier insistera beaucoup sur ces brûlures laryngées productrices d'œdèmes de la glotte.

2. Cette douleur provoquée était regardée comme caractéristique par certains nosologistes de l'époque.

La voix, d'abord rauque, prendrait un timbre aigu et se supprimerait même complètement. « Toux sèche [1], sourde, incommode, douloureuse, quelquefois même convulsive, dans laquelle le malade fait des efforts pour rejeter quelques matières qu'il croit être arrêtées dans le larynx. L'entrée de l'air, lors de l'inspiration [2], est souvent difficile et sifflante ; respiration gênée et fréquente, déglutition douloureuse, expulsion d'un liquide muqueux, blanchâtre, tenace et souvent écumeux. »

Malgré l'absence du miroir, l'inspection physique par l'examen direct de la gorge avait déjà commencé. Sachse en Allemagne, Cruveilhier et d'autres en France avaient insisté sur l'état de l'épiglotte. Voici ce que dit Blache à ce sujet : « L'inspection du fond de la gorge, *lorsqu'on peut abaisser fortement la base de la langue*, permet de constater, dans quelques cas, une rougeur vive de la membrane muqueuse qui revêt l'épiglotte. » Ce qui arrêtait les cliniciens, c'était, dans cette exploration qui devait être plus tard si utile, l'extrême sensibilité de la région qu'on ne pouvait encore atténuer avec la cocaïne, la résistance de la base de la langue qu'on ne maîtrisait guère qu'avec beaucoup d'habitude, étant donné les mauvais abaisseurs de l'époque, et surtout le manque d'éclairage auquel on ne savait pas encore suppléer artificiellement. L'emploi des procédés actuels devait rendre enfin possible l'inspection directe, surtout en combinant ceux-ci avec une meilleure position du malade et du médecin.

Le passage suivant de Blache prouve que cet écrivain ne séparait pas encore bien nettement le catarrhe laryngé de la laryngite phlegmoneuse infiniment plus grave ; car les phénomènes qu'il mentionne ne se retrouvent guère en dehors de celle-ci que chez les sujets extrêmement nerveux. « *Quand l'inflammation est très intense*, il se manifeste parfois de véritables accès de suffocation, pendant lesquels la voix est tout à fait éteinte et la dyspnée excessive. L'angine laryngée est presque toujours accompagnée d'accélération du pouls, d'élévation de la chaleur, de rougeur de la face, d'anxiété et d'inquiétude produites par la crainte qu'ont les malades de suffoquer. »

Quant à l'*issue* du mal, l'écrivain se montre optimiste. « La marche de cette affection est ordinairement rapide, sa durée

1. On opposait depuis longtemps la toux avec expectoration abondante des bronchites à la toux sèche de la laryngite.

2. Cette assertion de Blache n'est vraie qu'en cas de tuméfaction marquée de la muqueuse, œdémateuse ou inflammatoire.

moyenne est de quatre à cinq jours ; elle peut se prolonger parfois beaucoup plus, et même passer à l'état chronique. Sa terminaison est généralement heureuse ; elle a lieu par résolution et est marquée par la diminution graduelle des symptômes et quelquefois par l'expectoration d'une grande quantité de mucosités [1].» Parfois, comme dans la grippe, l'affection catarrhale continuerait à descendre, d'où la phrase assez brève de l'auteur : « Il n'est pas rare de la voir remplacée par une bronchite. »

Bien que Blache se fasse encore une idée assez confuse de la variété phlegmoneuse de la laryngite, il sait que celle-ci succède parfois au catarrhe [2]. « Dans certains cas, elle se transforme en laryngite sous-muqueuse et se juge alors en vingt-quatre ou trente-six heures, soit par le retour à la santé, soit, et plus souvent encore, par la mort. Presque toujours, en effet, chez le petit nombre d'individus adultes qu'on a eu l'occasion de voir succomber à la laryngite proprement dite, il existait indépendamment d'une rougeur et d'une tuméfaction plus ou moins considérables de l'épiglotte et du larynx, une infiltration séreuse ou séro-purulente des replis aryténo-épiglottiques. » Chez les enfants, on ne trouverait qu'une rougeur non généralisée avec épaississement notable de la muqueuse laryngienne.

Blache constate que souvent la laryngite concorde avec la bronchite, la pneumonie et surtout avec la trachéite, à laquelle on prêtait alors une autonomie et une importance disproportionnée avec la réalité des faits [3].

Le *pronostic* ne serait grave que si l'inflammation est très intense et très étendue. Parfois le mal simulerait le croup et revêtirait aux yeux des parents et même des médecins une gravité factice (Guersant). C'est la seule mention qne fait l'auteur de la laryngite striduleuse dont l'histoire se confondait alors avec celle de la laryngite pseudo-membraneuse.

L'écrivain insiste très peu sur le *diagnostic* qu'il regarde comme facile à établir ; aussi ne fait-il que signaler la confusion possible avec la diphtérie et les corps étrangers du larynx, dont l'histoire et les signes différentiels avaient été longuement exposés par Ollivier, dans le chapitre consacré à la pathologie

1. Ceci se voit aussi pour le nez et l'isthme du gosier ; à l'hypersécrétion s'ajoute peut-être, comme pour les fosses nasales, l'évacuation des lacs lymphatiques sous-jacents aux glandes. Ce phénomène est assez fréquent.

2. Quand l'infection est très virulente ou quand les microbes pyogènes gagnent le tissu cellulaire par une éraillure ou le cul-de-sac d'une glande.

3. Cayol avait décrit ainsi une phtisie trachéale, distincte de la phtisie laryngée.

chirurgicale de l'organe phonateur, dans ce même *dictionnaire de médecine pratique.*

Le *traitement* serait en grande partie celui des angines ; mais, de crainte que le malade suffoque à cause de l'étroitesse des parties, Blache, ainsi que ses contemporains, insistait beaucoup, au point de vue local, sur les anti-phlogistiques, sur le repos absolu du larynx. Les vomitifs et les purgatifs seraient assez fréquemment couronnés de succès, du moins chez les enfants. Les fumigations étaient d'un grand emploi. Enfin, on ne négligeait pas la révulsion par les badigeonnages irritants, par exemple avec le croton, ou par les vésicatoires au niveau de la région antérieure du cou. Si l'asphyxie menaçait, on conseillait, théoriquement au moins, la trachéotomie mise à la mode par Trousseau.

Phtisie laryngée. — Comme la plupart de ses contemporains, Blache confond la laryngite chronique avec le syndrome assez vague que l'on appelait alors phtisie laryngée et qui était beaucoup plus compréhensif que la maladie actuelle du même nom. Faute de pouvoir reconnaître *de visu* les caractères différentiels des affections qui se cachaient sous cette désignation commune, les cliniciens de l'époque étaient, en quelque sorte, obligés de réunir des états morbides dont l'analogie symptomatique semblait évidente, bien qu'en s'appuyant sur les causes, la marche et la terminaison, ils fussent déjà parvenus à distinguer des variétés inflammatoires simples, des variétés tuberculeuses, des variétés syphilitiques. Nous devrions dire phtisies chez les tuberculeux et non phtisies tuberculeuses, parce que la nature spécifique des lésions laryngées de celles-ci n'était pas encore démontrée et restait même plutôt niée par la majorité des nosologistes. La nature ulcéreuse du mal était du reste admise, et c'est pourquoi Blache s'exprime ainsi : « Par phtisie laryngée, les anciens, comme on le sait, entendaient toute altération du larynx, quelle que fût sa nature, qui donnait lieu à des symptômes de consomption. Dans l'absence de notions précises fournies par l'anatomie pathologique, ils étaient obligés de formuler leur généralisation d'après l'étude des symptômes. Aujourd'hui nous savons que la manifestation des nombreux phénomènes qu'ils résumaient ainsi par une seule dénomination est la traduction constante d'une lésion identique. Cette lésion est *l'ulcération de la membrane muqueuse*, qui est regardée par les pathologistes les plus modernes[1] comme *une seconde période de la laryngite chronique* simple. » Au

1. Broussais et ses adeptes principalement.

catarrhe ne frappant que la superficie succéderait la phtisie, qui intéresserait la profondeur des tissus et amènerait, en certains points, la destruction complète du chorion. « Si, en effet, nous étudions les altérations rencontrées après la mort chez les sujets qui ont succombé à la phtisie laryngée, nous trouvons, dans un premier degré (notre catarrhe laryngé chronique), de la rougeur, de l'épaississement, de l'induration ou du ramollissement de la membrane muqueuse du larynx; un liquide épais fourni quelquefois par les follicules dont le volume est augmenté; dans des cas rares, du pus à la surface de la membrane ou des végétations de volume, de forme et de nature diverses. *A un second degré*, la membrane muqueuse présente en différents points des ulcérations. Dans un travail inédit, qu'il a bien voulu nous communiquer, Barth[1], chef de clinique de M. le professeur Chomel, a conclu de l'observation exacte des faits particuliers, que le plus ordinairement ces ulcères sont liés ou associés à la phtisie pulmonaire, que, dans des cas peu fréquents, ils existent indépendamment de toute lésion des poumons, de manière à constituer une affection idiopathique, et, alors même, ils sont dus le plus souvent à la syphilis constitutionnelle. On ignore le mode de formation de celles qui sont essentielles; celles dont la nature est vénérienne commencent le plus ordinairement par une *escarre*[2], comme le fait présumer l'examen des ulcérations qui, par l'action d'une même cause, se développent, dans la gorge, sur des parties accessibles à la vue. Quant à l'ulcération *tuberculeuse* (tubercule pris ici comme synonyme de petite tumeur, ainsi que l'entendaient les Hippocratiques), M. Andral (voir *Clinique médicale*, t. II, p. 148) pense que, dans un grand nombre de cas, elle commence par les cryptes muqueuses des voies aériennes (glandes), qui se remplissent d'une matière blanchâtre, de manière à former de petits tubercules. Cette opinion, en faveur de laquelle on peut faire valoir la présence d'ulcérations avec dépôts de matière tuberculeuse dans l'intestin grêle des phtisiques, est contestée par Louis (voir *Phtisie*, p. 50), qui affirme « n'avoir jamais rencontré, dans le larynx, ni granulations, ni dépôt tuberculeux ».

La *topographie* des altérations morbides n'était pas encore comme maintenant cantonnée surtout en arrière; du moins, l'importance des lésions des cordes vocales n'avait pas échappé aux observateurs. « Il n'est aucun point du larynx sur lequel on n'ait rencontré les ulcérations, mais elles sont plus communes à la réunion des cordes vocales, et beaucoup plus rares dans les ventri-

1. Voir l'article que nous avons consacré à cet auteur.
2. C'était l'opinion d'Hawkins.

cules. » Quant aux couches de tissus intéressés, « tantôt elles sont profondes, tantôt superficielles, et n'intéressant que le chorion muqueux ; elles constituent de simples érosions ». Louis aurait indiqué le meilleur moyen de les reconnaître, qui est de plonger le larynx dans de l'eau. « On voit alors sur toutes les surfaces érodées nager des espèces de petites villosités qui n'existent jamais quand la membrane muqueuse est à l'état normal. » Une théorie assez analogue à l'hypothèse actuelle, en ce qu'elle attribue le rôle pathogénique principal aux crachats provenant du poumon, mérite d'être signalée. « Louis pense que ces ulcérations peuvent être attribuées au passage continuel des matières puriformes qui traversent le larynx, et il base son opinion sur cette considération que leur siège le plus fréquent est, suivant lui, la partie inférieure du tube aérien (les bronches, la trachée). » Pas plus que Trousseau, Blache n'accepte cette idée, mais pour d'autres motifs tirés non de l'existence de phtisies laryngées primitives, mais de considérations topographiques. « Cette induction (de Louis) ne nous semble pas tout à fait juste, puisque, comme le fait remarquer lui-même cet excellent observateur, les ulcérations très communes dans le larynx sont *très rares dans la bouche* [1], qui, à la période du ramollissement des tubercules, est perpétuellement en contact avec les matières purulentes. » L'auteur signale la fréquence de la *périchondrite*, quand les cartilages sont à nu, affection que Cruveilhier avait déjà remarquablement mise en lumière. A ce propos, Blache se contente de reproduire les assertions de Trousseau et de Belloc sur le même sujet. Comme lésions originelles graves autres que la tuberculose et la syphilis, il signale, d'après les mêmes écrivains, le cancer, affection en réalité inconnue à cette époque, et, d'après Pravaz, les hydatides (*Thèse sur la phtisie laryngée*, 1810). Il parle encore, d'après Franck et Andral, de productions pseudo-membraneuses [2] qui seraient moins rares qu'on ne le pense généralement.

Il y aurait, dit l'auteur, quatre facteurs principaux, qui sont : 1° la tuberculose, de beaucoup le plus fréquent ; 2° la syphilis qui vient en seconde ligne ; 3° la laryngite aiguë négligée ; 4° la laryngite chronique d'emblée, consécutive à la suppression d'une éruption cutanée [3], au surmenage vocal, à l'absorption habituelle de poussières ou de gaz irritants, au développement de tumeurs laryngées, malignes ou bénignes, à la masturbation, au coït exa-

1. Ce n'est que beaucoup plus tard que Trélat (langue) et Julliard (gorge) feront connaître la tuberculose du bucco-pharynx.

2. Voir l'article consacré à cet auteur.

3. On abusait encore beaucoup de ces répercussions, mais il y a évidemment des laryngites qui sont l'équivalent des dartres.

géré (classiques), à l'alcoolisme. Le mal débuterait surtout entre 30 et 40 ans, comme Franck l'avait autrefois noté. Peu commune dans la vieillesse, l'affection serait extrêmement rare dans l'enfance; à ce propos, Blache cite Trousseau et Belloc. Le sexe masculin serait le plus frappé, comme le soutenaient Franck et Louis, qui se sont appuyés sur des recherches statistiques.

Au point de vue *symptomatique*, il y aurait une forme non ulcéreuse (laryngite simple) et une forme ulcéreuse (phtisie laryngée ordinaire). La première serait tout à fait rare; « malgré l'opinion contraire de Double, Cayol et Trousseau, nous persistons à croire que la phtisie laryngée, en dehors des cachexies tuberculeuse, syphilitique, cancéreuse, est, pour ainsi dire, exceptionnelle. A mesure que l'on note avec plus de soin et d'exactitude les résultats nécropsiques, le nombre des faits qui la démontrent devient plus restreint. » Ainsi Blache faisait abstraction de toute une classe de phlegmasies, dont le laryngoscope devait montrer au contraire la fréquence, hypothèse qu'il fondait sur l'allure des vraies phtisies laryngées qui méritaient bien plus, sans doute, l'attention des cliniciens. Pour le tableau morbide de l'affection, il se contente des données fournies par l'excellent traité de Trousseau et Belloc, alors justement célèbre.

A propos de la *marche*, sont utilisés aussi les travaux de Cruveilhier et de Barth. Blache n'admet point, avec Trousseau, que la phtisie laryngée puisse amener la phtisie pulmonaire; il ne pense pas que, si les lésions laryngées semblent plus avancées que les pulmonaires, elles soient par cela même plus anciennes et qu'elles soient de ce fait une cause déterminante des altérations morbides situées plus bas[1]. « Il est certaines phtisies (nos phtisies granuleuses, scléreuses surtout) dont le diagnostic échappe à l'oreille la plus exercée, et il devient dès lors impossible de fixer l'âge des productions tuberculeuses, qui, bien que contemporaines, peuvent avoir marché vite dans le larynx et lentement dans le poumon. » D'autres fois, il s'agirait d'une prédisposition morbide générale, éclatant d'abord dans le larynx, puis dans le poumon, sans qu'aucune relation autre que cette cause générale ne relie ces deux localisations successives d'un même processus morbide.

Les éléments sur lesquels le clinicien doit s'appuyer pour reconnaître la véritable nature du mal sont bien exposés par Blache, qui, tout en se basant sur ses autorités favorites (Trousseau, Cruveilhier), a utilisé manifestement ses recherches

1. Cependant, on tend à admettre, dans les tuberculoses primitives des amygdales par exemple, que le mal se propage aux poumons par la voie lymphatique.

personnelles. « Le *diagnostic* différentiel embrasse la solution de trois problèmes : 1° déterminer si le larynx est affecté ; 2° déterminer la nature de l'affection, l'espèce de laryngite ; 3° déterminer quelles parties du larynx sont affectées. La première question est facile à résoudre. Les phénomènes purement locaux qui existent à la gorge, l'altération de la voix, la douleur sont tout à fait caractéristiques, et il faut, suivant nous, une préoccupation singulière pour rapporter à une maladie de poitrine, à l'asthme par exemple (Barth a vu deux fois commettre cette erreur !) des symptômes si bien bornés, si bien circonscrits à l'organe de la phonation. L'anévrisme de l'aorte (voir plus loin ce qu'en dit Cruveilhier) ne sera pas non plus confondu avec la laryngite chronique.

« A part ces cas si extraordinaires et si rares où l'on a rencontré des tumeurs (cas de dégénérescence polypeuse de Lieutaud, connu de tous les nosologistes de cette période), des dégénérescences variées, des concrétions du corps thyroïde, ou bien encore des cancers du pharynx et de l'œsophage (cancers laryngés secondaires) qui pressent sur le larynx, le perforent et pénètrent dans son intérieur, nous ne voyons aucune maladie dont les symptômes puissent simuler ceux d'une affection propre du larynx[1]. »

Ce premier point éclairci, une fois qu'on est sûr que le mal siège dans les voies aériennes, il va falloir déterminer la *nature*. « On doit se demander d'abord, dans les cas où l'aphonie existe, si elle est liée à une altération du larynx, ou si elle est nerveuse (paralysie récurrentielle, aphonie hystérique actuelles), alcoolique, etc. ; si enfin elle est sous l'influence d'une de ces causes nombreuses que nous avons énumérées à l'article : aphonie (t. III du *Dictionnaire de médecine pratique*). Deux remarques suffiront pour éviter toute méprise. Dans la laryngite chronique, la voix est presque toujours rauque (on l'explique aujourd'hui par fusion incomplète des harmoniques avec le son principal), beaucoup plus rarement tout à fait éteinte. Dans les aphonies nerveuses, la voix est presque toujours éteinte, elle est rauque beaucoup plus rarement (la dysharmonie viendrait en effet d'un fonctionnement différent des deux cordes, voix bitonale). Quand, dans une laryngite chronique, il y a aphonie, c'est que l'altération organique est très avancée et que son début remonte déjà à une époque ancienne, et alors il existe du côté du larynx un ensemble

1. Cependant, on avait signalé déjà l'obscurité déconcertante de la symptomatologie de certains corps étrangers du larynx.

remarquable de phénomènes (douleur, gêne de la déglutition, oux) et cette lésion avancée de l'organe de la phonation a généralement suscité des réactions dans l'économie tout entière (période hectique des nosologistes).

« Rien de semblable dans les autres aphonies; elles sont passagères; l'évolution de la voix est le seul phénomène morbide et la santé générale est parfaite, si elle dure depuis plusieurs mois, aussi bien que si elle date d'une semaine ou d'un jour. Mais cette laryngite chronique, dont on vient de constater la réalité, quelle est sa nature ? S'agit-il d'une simple phlegmasie chronique avec tuméfaction de la membrane muqueuse, ou la laryngite est-elle ulcéreuse? Il est plus difficile de le savoir, car, dans les deux cas, on rencontre également la douleur de la gorge, la déglutition difficile, la toux, l'expectoration muqueuse et la dyspnée [1]. L'évolution de la maladie (la phtisie laryngée) ne durerait guère plus de deux ans dans la majorité des cas), sa marche et ses phénomènes concomitants (ex : phtisie pulmonaire) trancheront la difficulté. La persistance des phénomènes morbides, leur progression lente et graduée, leur intensité de plus en plus grande et surtout l'apparition des symptômes de consomption indiqueront manifestement l'ulcération de la membrane muqueuse. »

Les nosologistes avaient signalé déjà à plusieurs reprises les désordres anatomiques et la réaction symptomatique que détermine l'*envahissement du larynx par la syphilis*. D'autre part, on savait, malgré les cas de mort attribués surtout à l'œdème, à la périchondrite, que la laryngite vénérienne tue moins que la tuberculose et est susceptible de guérison, comme Trousseau l'avait mis récemment encore en lumière [2]. Blache ajoute avec raison beaucoup d'importance à la différenciation des deux sortes de lésions. « La laryngite est-elle tuberculeuse, est-elle syphilitique? Dans le premier cas, l'examen du médecin portera principalement sur la constitution du malade, sur la conformation de son thorax (prédestinés à omoplates saillantes, sous formes d'ailes), l'influence de l'hérédité, la fréquence des hémoptysies, sur les phénomènes du début (toux sèche, sueurs nocturnes, dyspnée, fièvre le soir, etc.) et enfin sur les renseignements précieux fournis par la percusion et l'auscultation. » Si l'on suppose la syphilis, on consultera, dit-il, les anamnestiques, les lésions actuelles possibles (exostoses, périostites, douleurs, éruptions, cicatrices). On se rappellera aussi que l'inspection du fond de la gorge, en révélant la coïncidence

1. Comme on le voit, Blache fonce singulièrement le tableau morbide de la laryngite chronique simple.

2. Voir aussi, à l'article consacré à Monneret, la syphilis du larynx.

d'ulcérations, de destruction des amygdales, de la luette, des piliers, du voile du palais établira le diagnostic d'une façon certaine. En effet, suivant lui, la vérole frappe ici de haut en bas; après avoir lésé la gorge, elle s'insinue dans les voies aériennes.

Quant au siège des lésions dans le larynx, Blache se contente de signaler un passage qui s'y rapporte du mémoire de Barth, déjà fréquemment cité par lui.

Les émollients, les saignées générales, les révulsifs, le repos de l'organe constituent le fond de sa thérapeutique. Les inhalations narcotiques des solanées sont recommandées d'après Cruveilhier. Il note aussi, mais avec réserve, les cautérisations locales préconisées par Trousseau.

Œdème de la glotte. — Blache n'accepte pas les vues pathogéniques et l'appellation de Bayle. « Il faut rejeter le nom d'œdème de la glotte imposé par cet auteur à la laryngite sous-muqueuse, quoique son excellente description doive être conservée. Il y a dans sa dénomination plus d'une erreur, erreur de siège d'abord, puis erreur sur la nature même du mal. On sait qu'en anatomie, on entend, par glotte, l'ouverture circonscrite entre les deux cordes vocales de chaque côté et non pas l'orifice supérieur du tuyau aérifère. Ensuite, par le mot œdème, on préjuge à faux l'énoncé de la maladie, puisque, ainsi que nous allons le voir, son caractère anatomique n'est pas un œdème proprement dit, mais un gonflement œdémateux de nature phlegmasique. » Dans cette affection, les lésions seraient manifestement sous-choriales et c'est dans le tissu cellulaire sous-jacent à la muqueuse que s'amasserait le liquide qui déforme la région où il siège. Cruveilhier avait insisté sur cette particularité qui différencie assez nettement les lésions de la laryngite de celles de l'œdème. Blache accepte cette manière de voir. « A la dénomination que Bayle avait fait passer dans la science, il est plus philosophique de substituer celle de laryngite sous-muqueuse. » Cependant, l'illustre créateur du type morbide en question avait trop d'autorité pour qu'on pût simplement passer sous silence la pathogénie invoquée par lui ; et c'est pourquoi notre auteur étudie longuement, et d'une façon remarquable, les circonstances au milieu desquelles se développe le mal. Il finit, comme on va le voir, par admettre que Bayle a raison quelquefois, quoique, dans la très grande majorité des cas, l'inflammation ne puisse être invoquée. « Le rejet du nom, que Bayle avait donné à la laryngite sous-muqueuse, nous amène à discuter l'existence de l'œdème de la glotte comme phénomène purement hydro-

pique. Cette existence dans certaines hydropisies générales[1] a été regardée comme possible. Si l'on consulte les faits, si l'on fait attention aux altérations pathologiques que l'on rencontre chez l'adulte, on acquiert bientôt la certitude qu'à l'infiltration séreuse se joignent toujours alors des traces d'inflammation. Parfois il y a des vestiges de phlegmasie chronique, et il peut se faire, vers des parties antérieurement et depuis longtemps affectées *un afflux de liquide presque passif*. Mais cet engorgement déterminé par une épine inflammatoire, si je puis ainsi parler, doit être jugé de nature phlegmasique (pas toujours, car souvent il manque de fibrine, comme on le sait depuis Blache) tout comme les engorgements qui entourent les ulcères anciens ou récents. Les auteurs qui ont écrit depuis Bayle n'ont pas trouvé un seul cas d'œdème essentiel du tissu cellulaire sous-muqueux du larynx. Trousseau, qui a agité la question qui nous occupe, dans son traité de la phtisie laryngée et dans l'exposé des rapports de cette maladie avec l'angine laryngée œdémateuse (p. 252), affirme n'avoir découvert, dans les annales de la science, aucun exemple d'œdème de la glotte non inflammatoire.

« Chez les enfants qui sont assez souvent atteints d'anasarque[2], en est-il de même? Nous lisons, dans la *Phtisie laryngée*, un fait, un seul, qui semble devoir être incontestablement regardé comme un véritable œdème de la glotte, c'est celui d'une petite fille de huit ans qui fut prise d'anasarque huit jours après la scarlatine; la face, les lèvres, la bouche s'infiltrèrent et bientôt se montrèrent tous les symptômes reconnus comme pathognomoniques de l'œdème de la glotte. Quelques jours après, l'anasarque disparut à la suite d'un traitement énergique, et avec elle tous les phénomènes de suffocation (p. 252 du *Traité de la phtisie laryngée* de Trousseau et Belloc). A l'hôpital des enfants malades, nous avons vu, Guersant et moi, quelques sujets offrir à l'autopsie cadavérique une infiltration générale des tissus, à laquelle participait également le tissu cellulaire sous-muqueux du larynx. Mais cette hydropisie avait paru comme un phénomène ultime, phénomène étendu, pour ainsi dire, à l'économie entière et qui n'avait rien de spécial. La même observation a été faite par Billard sur les enfants nouveau-nés et à la mamelle. Assez souvent, dit-il, (voir p. 510 de son *Traité des*

1. Cette distinction très nette en lésions muqueuses et lésions sous-muqueuses, sur lesquelles reviendront les anatomo-pathologistes allemands est d'origine toute française. On ignorait encore en France le rôle des affections rénales.

2. Surtout à la suite de néphrite.

maladies des enfants) en faisant l'autopsie d'enfants morts après avoir présenté des symptômes d'angine, au lieu d'inflammation bien caractérisée, nous avons rencontré une tuméfaction œdémateuse plus ou moins considérable des parois du larynx. Cet œdème survient, en général, dans la dernière période du marasme, et presque à l'agonie, et il occupe en même temps le tissu cellulaire des autres parties du corps. » Blache conclut ainsi : « Il résulte des considérations précédentes que l'œdème proprement dit est exceptionnel; il est aussi rare que l'est dans un autre organe, le cerveau, l'hydropisie essentielle et, par conséquent, une exception dans l'espèce ne saurait servir à caractériser le genre. »

Dans certains cas, le mal aurait une allure primitive; dans d'autres, il serait manifestement secondaire, consécutif, par exemple, à une lésion organique du larynx. Dans le premier ordre de faits, il se développerait comme une phlegmasie quelconque des voies digestives et aériennes supérieures sous l'influence des mêmes causes qui engendrent les laryngites aiguës, par exemple sous l'influence du froid [1], d'un érysipèle [2]. Mais plus souvent, il s'agirait d'une inflammation du voisinage propagée. « Plus fréquemment, elle est consécutive à une affection antécédente (amygdalite, pharyngite), qui, par voie de contiguïté, a gagné les parties dangereuses du larynx, où de peu grave qu'elle était, elle devient rapidement mortelle. »

Les *causes* de l'œdème de la glotte subaigu ou même chronique sont fort bien exposées. « Mais il succède surtout à la laryngite chronique et à la phtisie laryngée. La moitié au moins des laryngites sus- et sous-glottiques (voir notre article sur Cruveilhier) arrivent chez des individus qui souffrent depuis longtemps de la portion supérieure des voies aérifères, dont les cartilages du larynx sont cariés, dont la membrane muqueuse est comme criblée d'ulcérations de *nature syphilitique ou tuberculeuse* ou autre. L'œdème actif ou passif, qu'appellent ces altérations, n'est pour ainsi dire qu'un épiphénomène, mais souvent plus redoutable que la maladie elle-même. » D'ailleurs, l'affection surviendrait le plus souvent, dans les cas d'allure primitive, lors d'un mauvais état général manifeste. Elle attaquerait « plus volontiers les individus affaiblis par des maladies antérieures » et,

1. Angines amygdaliennes palatines ou linguales gagnant rapidement l'orifice supérieur du larynx et à symptômes effacés, de telle sorte que l'œdème de la glotte paraît primitif.

2. On en possédait, dans la littérature médicale de l'époque, quelques exemples retentissants ayant succédé à un érysipèle de la face, notamment celui de Bouillaud.

par exemple, on l'observerait « dans la convalescence de fièvres graves. » Jamais, dit l'auteur, « ni moi ni Guersant n'avons observé l'œdème de la glotte bien caractérisé (autrement qu'à l'état d'épiphénomène d'un anasarque généralisé) pendant l'enfance ».

L'anatomie pathologique est tracée de main de maître ; mais comme Blache ne fait au fond que répéter ce qu'avaient dit sur le sujet Andral et Cruveilhier, qui n'avaient rien laissé à faire là-dessus à leurs successeurs, nous nous contenterons de rappeler que l'auteur a su être à la fois très complet et très lucide dans sa description, où il a condensé, en une page et demie, tous les renseignements de l'époque.

Quant à la *symptomatologie*, le début, dit Blache, est assez insignifiant et simplement marqué par un peu de gêne. Le mal se caractériserait mieux quand l'œdème amène de la gêne mécanique de la respiration. La voix affaiblie deviendrait rauque, la respiration sifflante à l'inspiration serait normale à l'expiration. Les efforts de déglutition et d'expulsion d'un prétendu corps étranger se répéteraient. L'asphyxie deviendrait effrayante pendant les crises de suffocation, dont Blache fait une peinture tragique [1]. Ce désaccord entre la difficulté de l'inspiration et la facilité de l'expiration « est d'ailleurs parfaitement expliqué par les lésions anatomiques, par le gonflement des bourrelets aryténo-épiglottiques renversés en dedans vers l'orifice qu'ils obstruent, opposant une barrière à l'air qui veut pénétrer et s'ouvrant aussitôt pour le laisser sortir de la poitrine [2]. Les accès se répètent, la dyspnée s'accentue, et bientôt la face devient livide, la voix éteinte, la déglutition impossible, la température s'abaisse de plus en plus, le pouls devient précipité, petit, misérable. » Plus tard encore, un assoupissement de fâcheux augure endormirait le malade qui ne tarde pas à succomber.

Du reste, il y aurait des divergences fréquentes et notables suivant les cas considérés. On observerait des œdèmes de la glotte, pour ainsi dire, instantanés, à allure rapide et comme foudroyante, et des variétés lentes comme dans la phtisie laryngée. « Dans certains cas, la forme est très aiguë et franchement inflammatoire ; dans d'autres elle est subaiguë, la maladie est insidieuse, elle paraît s'amender pour éclater ensuite plus redoutable ; dans d'autres enfin la forme est tout à fait chronique. » Tantôt continue, tantôt rémittente, la marche s'accompagnerait, aux périodes de calme, d'un bien-être souvent parfait dans l'intervalle des

1. Presque tous les nosologistes de l'époque fonçaient en couleur leurs tableaux morbides pour les rendre plus saisissants.

2. Lisfranc avait fait à ce sujet des expériences sur le cadavre.

accès. Comme exemple d'œdème de la glotte foudroyant, Blache signale le cas de Washington qui aurait succombé à cette affection et non au croup. Il rapporte aussi, d'après Roger, l'observation d'un infirmier qui présenta un léger mal de gorge pendant deux jours, puis fut pris, le troisième, vers 11 heures du soir, d'un accès si subit qu'il succomba en quelques minutes. A l'autopsie, on rencontra un développement œdémateux notable de l'épiglotte et une infiltration séreuse des replis aryténo-épiglottiques.

L'allure du mal paraîtrait, dit l'auteur, déjà assez caractéristique, mais il serait bon de ne pas négliger aussi l'inspection directe. Nous avons déjà essayé d'autre part de mettre bien en lumière ce fait, qu'avec l'abaisse-langue et en mettant le malade dans une bonne position pour éclairer convenablement la gorge avec la lumière solaire, les cliniciens habiles de l'époque arrivaient parfois à entrevoir l'épiglotte ou du moins la partie supérieure de celle-ci. L'inspection digitale n'était pas négligée non plus. « Cependant *en déprimant la langue autant qu'il sera possible, en laissant pénétrer une vive lumière au fond de l'arrière-gorge, on parviendra quelquefois à apercevoir l'épiglotte*, qui presque constamment est affectée et dont la raideur, le volume ou la pâleur peuvent faire supposer avec beaucoup de fondement une lésion semblable des replis aryténo-épiglottiques. Thuillier, dans sa thèse que nous avons déjà citée, a donné l'exploration avec le doigt comme le meilleur moyen de reconnaître la laryngite œdémateuse ». A ceci, Blache, ainsi que Guersant, objecte que la partie étant très sensible ne permet pas l'examen en question ou ne tolère qu'un toucher très rapide et par cela même incomplet, du moins dans la majorité des sujets atteint d'œdème de la glotte.

La différenciation d'avec le spasme de la glotte essentiel (asthme de Millar, etc.), le spasme de la glotte du croup, d'avec les corps étrangers du larynx est tracée avec soin et bien circonstanciée mais au fond sans détails nouveaux.

Sauf dans quelques cas où les symptômes disparaissent peu à peu, spontanément ou plus souvent grâce à un *traitement* médical énergique (saignée copieuse, révulsif, etc.), le plus souvent il n'y aurait qu'à pratiquer au plus vite la trachéotomie. Quant au tubage proposé dans ce cas par Finaz de Seizel [1] (Thèse de Paris, 1813, n° 178), la nature des lésions laryngées semblerait le contre-indiquer formellement. Le massage avec le doigt des replis aryténo-épiglottiques préconisé par Thuillier ou la scarification des mêmes replis proposé par Lisfranc n'auraient pour point de

1. Le tubage laryngé est dû, comme on le sait, à Desault.

départ qu'une conception purement théorique et non pratique.

Nous laisserons de côté ce que dit Blache sur la *laryngite sous-glottique* (périchondrite du cartilage cricoïde) parce que ce n'est qu'un résumé de l'article de Cruveilhier (*Dictionnaire en 15 volumes. Larynx*) sur le même sujet. Un peu plus original est le paragraphe consacré par le même auteur à ce qu'il appelle « *névrose du larynx* » et qui n'est pas autre chose que le spasme essentiel du larynx chez les enfants ou asthme de Kopp. L'écrivain ne pense pas que le mal ait comme facteur univoque l'hypertrophie du thymus. « Il existe des cas, rares à la vérité, mais incontestables, où des accès spasmodiques du larynx s'étant montrés pendant la vie, l'autopsie n'a pu révéler aucune lésion qui pût l'expliquer. » L'observation du docteur Constant (*Bulletin général de thérapeutique*, février 1835) le prouverait d'une façon irréfutable. Il s'agissait, en l'occurrence, d'un enfant de 21 mois ayant succombé au mal, à l'hôpital des Enfants Malades, dans le service de Baudelocque ; après avoir présenté les symptômes caractéristiques de l'affection, il était sur le point de guérir quand il fut pris d'une variole grave mortelle. Or, à l'autopsie, le larynx et l'encéphale furent trouvés « exempts d'altération ».

Blache reprend : « Des observations analogues existent dans la science et ce spasme du larynx n'est point exclusivement une altération particulière aux enfants, puisqu'on l'a vu chez l'adulte. En effet, Louis, le célèbre anatomo-pathologique, aurait observé, chez une femme d'un certain âge, tous les phénomènes propres à l'asthme de Kopp. A l'investigation cadavérique, on ne constata qu'un peu de congestion laryngée ». Certes, en dehors de certaines affections bien connues de l'appareil vocal, le spasme pourrait constituer le fait caractéristique d'une maladie bien spéciale, mais l'étiologie de cette dernière serait multiple ; on pourrait invoquer des facteurs laryngés encore mal connus, des lésions cérébrales ou bulbaires, des névroses telles que l'hystérie. » Quant au développement exagéré du thymus : « nous ne prétendons pas, dit l'auteur, contester absolument les travaux de Kopp, de Hirsch, de Kyll, de Montgomery, de Ryland et des autres médecins allemands et anglais. Nous ne ferons que remarquer combien il est difficile de concevoir des phénomènes spasmodiques intermittents avec une cause de compression constante (hypertrophie du thymus) ; nous n'insisterons pas sur les objections assez nombreuses par lesquelles on pourrait combattre l'opinion de ces auteurs. Les faits qu'ils rapportent, quoique inaperçus des observateurs français, dans les écrits desquels

l'état du thymus a été passé sous silence, sont assez importants et en assez grand nombre pour fixer désormais l'attention. Nous les mentionnons comme historiens, sauf à appeler, sur ces points de controverse, les recherches des praticiens de notre pays. »

Les causes favorisantes seraient le jeune âge, la faiblesse de constitution, l'engorgement des ganglions trachéo-bronchiques [1], les troubles gastro-intestinaux, l'hérédité nerveuse, le travail de la dentition, si l'on s'en rapporte aux travaux des nosologistes étrangers. Hirsch aurait vu le mal frapper plusieurs enfants d'une même famille [2].

Pour la symptomatologie, l'auteur se borne à reproduire en gros la description que Kopp en a donné dans son célèbre ouvrage (Denkwürckdigkeiten in den Artzlichen Praxis, Heidelberg, 1829).

Blache a encore écrit, dans le *Dictionnaire de médecine pratique*, un article sur l'*aphonie*, qui ne comprend que quelques pages et dont la lecture prouve combien les idées de l'époque sur la question étaient encore rudimentaires. Le pouvoir d'articuler à voix chuchotée serait encore conservé ; la voix seule paraîtrait éteinte. L'étiologie est, d'après l'auteur, nombreuse et variée. « Dans le plus grand nombre des cas, elle n'est que le symptôme d'une autre maladie. C'est ainsi qu'on l'observe dans la plupart des affections des organes vocaux et surtout dans l'inflammation aiguë ou chronique, simple ou pseudomembraneuse, de la membrane muqueuse qui tapisse les voies aérifères, après la section ou la ligature des nerfs récurrents [3], soit à la suite d'une plaie accidentelle, soit dans une opération (ligature des carotides). Dans la phtisie pulmonaire où elle est si commune, elle tient ordinairement à la présence d'ulcérations, qui tantôt occupent les cordes vocales et tantôt le fond des ventricules ou les cartilages eux-mêmes. » L'altération des muscles thyro-aryténoïdiens, un abcès, des végétations (polypes), des fongosités, un calcul, un corps étranger ou la compression de dehors en dedans amenée par une tumeur du voisinage ont pu, dit Blache, être incriminés avec raison dans quelques cas. La syphilis regardée comme cause d'une forme spéciale de phtisie laryngée avait été invoquée aussi chez un assez grand nombre de malades. Dans la première moitié du XIXe siècle, beaucoup de spécialistes, imitant, quoique de loin, les exagérations des vénéréologues du temps passé, soup-

1. L'adénite cervicothoracique de Baréty, qui rattache à ce facteur non seulement le spasme essentiel, mais encore les quintes de coqueluche, avait donc été déjà entrevue avec ses conséquences nerveuses spasmodiques.

2. Hérédité névropathique.

3. Galien.

connaient même trop souvent la vérole quand l'étiologie présentait quelque obscurité.

La sympathie entre les divers organes (on dirait aujourd'hui les réflexes) expliquait pourquoi l'aphonie peut survenir à la suite de diverses affections de l'estomac et de l'intestin et surtout des organes utéro-ovariens. « Ainsi, on l'a vue dans certaines phlegmasies gastro-intestinales, ou lors d'un dérangement quelconque survenu dans les fonctions digestives, par suite de la présence de vers dans le conduit alimentaire et dans un cas de colique des peintres (*saturnine*), d'après Portal. On connaît les relations qui existent entre le larynx et les organes génitaux. Aussi les exemples d'aphonie due à l'altération de ces derniers sont-ils nombreux. A l'approche des règles, pendant leur durée ou à leur cessation, pendant la grossesse et après l'accouchement, il arrive assez souvent que la voix vient à s'éteindre. » A ce propos, Blache cite le travail de Tanchon, traitant de l'influence des organes génito-urinaires sur la voix, où l'on trouve consigné un exemple d'aphonie qui ne guérit qu'après la disparition d'une blennorrhagie. Même extinction de la voix, pendant l'évolution d'une orchite, chez un autre sujet. Piorry (*article* : Voix du *Dictionnaire en 60 volumes*) aurait vu, à la suite de l'application d'un pessaire qui fit cesser un prolapsus utérin, la voix se rétablir subitement après une extinction partielle de longue date.

Certaines maladies nerveuses sont citées sans ordre et sans invoquer le moindre mécanisme pathogénique, telles qu'hystérie, hypocondrie, méningite, encéphalite, épilepsie, ramollissement cérébral. Blache avoue qu'on ne sait comment elles agissent. D'autres facteurs pourraient, dit l'écrivain, être encore invoqués. « On sait qu'elle fut un des symptômes les plus constants de cette affreuse épidémie de choléra qui, naguère encore (1832), sévissait avec tant de violence parmi nous. L'ivresse un peu forte y donne lieu quelquefois. »

Les narcotiques auraient le même effet. « J. Franck dit avoir vu à l'hôpital de Vienne un malade devenu aphone par suite de l'emploi de la belladone. Sauvage avait déjà fait cette observation. Il parle aussi d'un individu qui perdit la voix pour avoir mangé de la soupe dans laquelle on avait mis des feuilles de jusquiame. Enfin, on connaît l'histoire qu'il rapporte de ces voleurs qui, dans les environs de Montpellier, ôtaient la voix à ceux qu'ils voulaient dépouiller en leur faisant boire du vin où avaient infusé des semences de datura stramonium. Le même fait, dit-on, a été observé à Paris tout récemment et dans un cas à peu près semblable. Sauvage cite encore, d'après Galien, un exemple

d'aphonie produite par de l'opium injecté dans l'oreille pour apaiser une violente douleur. »

L'aphonie pourrait enfin se produire au milieu de circonstances exceptionnelles et imprévues telles que hoquet violent (Joly), vive émotion morale (Vanderhout)[1]. On avait publié enfin vers le commencement du XIXe siècle des exemples curieux, quoique d'une étiologie douteuse, d'aphonie intermittente. « Le Dr Rennes, de Strasbourg, a fait insérer dans les *Archives générales de médecine*, tome XX, une observation très remarquable d'aphonie intermittente, apparaissant chaque année à la même époque, depuis dix-sept ans, et survenant tous les jours à midi précis, pendant un temps qui variait de trois à sept mois. On lit dans l'*Académie des curieux de la nature* (t. VII, p. 425) un fait qui mérite d'être rapproché du précédent. Il s'agit d'une jeune Wurtembergeoise qui, durant l'espace de quatorze ans, ne parlait chaque jour que de midi jusqu'à deux ou trois heures de la journée. »

La doctrine des crises comprises à la façon des anciens avait encore des adeptes et Blache, par exemple, signale l'arrivée possible du trouble phonateur au décours d'un exanthème, d'une suppression de menstrues ou de flux hémorrhoïdaire. Quant à la gravité du symptôme, elle pourrait être notable ou légère.

L'aphonie en quelque sorte accidentelle, ou survenant à la suite d'une phlegmasie laryngée aiguë guérirait plus facilement que les autres. Plus elle serait ancienne et plus le pronostic deviendrait mauvais. Parfois elle se dissiperait subitement sans aucun traitement. La révulsion, l'acupuncture, l'électropuncture étaient à ce propos assez de mode au moment où écrivait Blache. Parfois la suggestion assurait de brillants et inattendus succès chez les nerveux. « Guersant m'a rapporté le cas d'une jeune fille devenue aphone dans la convalescence d'une fièvre grave et chez laquelle la crainte d'un large vésicatoire qu'on lui proposait d'appliquer sur le cou fit cesser rapidement ce phénomène morbide. En Angleterre, on aurait tiré de bons effets du calomel, quand le trouble vocal relevait de phlegmasies de l'arbre aérien. Enfin la cautérisation directe du larynx, d'après la récente méthode inaugurée par Trousseau compterait quelques succès incontestables à son actif. »

1. Femme surprenant son mari en flagrant délit d'adultère. Une autre malade, citée par Blache et qu'il vit avec Chomel, eut une extinction subite de voix, à la suite d'un excès de joie, parce qu'elle avait été débarrassée subitement d'une grande inquiétude.

V. — BOUILLAUD



Imbu des doctrines du physiologisme, mais esprit avisé, ne méconnaissant pas les enseignements de la clinique bien qu'il estimât trop haut les données de l'anatomie pathologique, Bouillaud a fait, à propos du larynx [1], comme pour d'autres parties de l'organisme, une sorte de transaction, assez indécise du reste, entre les doctrines de la vieille médecine et celles de Broussais.

Considérations générales. — Comme ce dernier, il pose en principe que l'inflammation est ici, comme ailleurs, le processus morbide principal ; mais il admet que les phlegmasies peuvent considérablement différer entre elles par leurs causes, leurs lésions et leur évolution, de telle sorte que, bien qu'il y ait « analogie de fond », il y a, du moins, « dissemblance de forme ». C'est ainsi que la diphtérie et la tuberculose laryngée ne ressembleraient guère aux inflammations vulgaires de l'organe phonateur. Même quand il s'agit de celles-ci, il y aurait lieu de catégoriser et de séparer nettement, par exemple, le catarrhe, espèce « d'érysipèle simple », de la laryngite phlegmoneuse, sorte « d'érysipèle phlegmoneux ». A cette dernière se rattacherait incontestablement, suivant lui, « l'angine œdémateuse » de Bayle. Enfin, une localisation spéciale du phlegmon laryngé aux cordes vocales [2] constituerait la « laryngite striduleuse » de Bretonneau et de Guersant.

Avec les idées confuses de l'époque sur les causes des inflam-

1. Voir chapitre VI. Considérations générales sur les inflammations des diverses divisions de l'appareil respiratoire, t. II de son *Traité de nosographie médicale*.

2. Il y a eu beaucoup de discussions pour ou contre l'élément inflammatoire dans cette affection. Quelques-uns tendaient à réduire singulièrement le rôle du spasme; dans ce cas, il était naturel de placer l'obstacle mécanique, transitoire du reste, à la partie la plus rétrécie de la cavité laryngée, c'est-à-dire au niveau de la glotte.

mations, les nosologistes, partisans des doctrines nouvelles, ne pouvaient rejeter *a priori* la possibilité de phlegmasies cantonnées à chacun des éléments constituants du larynx [1], bien que l'observation de tous les jours eût appris que les lésions localisées à la membrane de revêtement étaient, sinon exclusives des autres, du moins de beaucoup les plus fréquentes ; ce que nous nous expliquons facilement aujourd'hui, car nous savons que la muqueuse est, de par sa situation superficielle, spécialement exposée aux infections, de telle sorte que les lésions des parties sous-jacentes, par exemple des cartilages, si on fait exception des quelques cas probables d'infection hématique publiés de temps à autre, semblent toujours secondaires et ont lieu par simple propagation. Tel ne pouvait être encore l'avis de Bouillaud. Voici comment il s'exprime sur les divers points que nous venons de mentionner plus haut. « Les nombreux éléments anatomiques, médiats ou immédiats, qui entrent dans la structure des diverses divisions de l'appareil respiratoire, peuvent être isolément ou simultanément frappés d'inflammation soit d'une manière aiguë, soit d'une manière chronique, et de là, des formes morbides bien diversifiées, dont quelques-unes ont été faussement considérées comme des affections spéciales et indépendantes de tout principe inflammatoire [2].

« Les lecteurs sont désormais assez familiarisés avec nos doctrines pour être bien convaincus que nous ne cherchons pas à multiplier les espèces inflammatoires aux dépens des autres espèces [3] et qu'ici, comme toujours, nous ne confondons pas les suites, les provenances [4] plus ou moins éloignées de l'inflammation avec cette inflammation elle-même ; ils savent aussi que nous prenons en très sérieuse considération les différences que nous offrent les causes sous l'empire desquelles se développent les inflammations [5].

1. C'était l'opinion de Broussais, qui affirme avoir vu la phlegmasie se cantonner ainsi parfois (voir l'article que nous consacrons à cet auteur).

2. Ex. : l'œdème de la glotte par Bayle.

3. Comme les nosologistes du temps, il distingue l'œdème, la congestion, l'anémie, l'hémorragie, la paralysie, etc. des phlegmasies proprement dites et fait jouer à ces processus secondaires un rôle bien disproportionné avec leur importance véritable, mais qui était d'accord avec les notions propagées par les anatomopathologistes.

4. Ex. l'hypertrophie ou la transformation fibreuse.

5. L'importance de l'étiologie, comme élément de classification, était entrevue déjà par de bons esprits, tels que Rayer. Gubler s'appuiera résolument sur cette notion, lorsqu'il différenciera l'angine herpétique des autres phlegmasies de l'isthme (voir notre *Histoire des maladies du pharynx*, article : Angine herpétique, p. 126).

« Il est de la plus haute importance sans doute de bien distinguer entre elles les diverses formes inflammatoires ; mais il ne faut pas que, confondant la forme avec le fond, on fasse des maladies essentiellement différentes avec les simples formes sous lesquelles peut se présenter une seule et même maladie quant à son fond. Or, c'est précisément une erreur de ce genre que certains auteurs ont commise, lorsqu'ils ont cru devoir séparer des inflammations de la membrane muqueuse de l'appareil respiratoire, les affections pseudo-membraneuses auxquelles ils ont donné le nom de diphtérite [1]. En effet, cette espèce de diphtérite, quelle que soit d'ailleurs l'espèce de cause qui la détermine [2], constitue évidemment une forme spéciale des inflammations de la membrane interne des voies aériennes.

« C'est encore par une erreur du même genre que l'on a décrit (Trousseau et Belloc, par exemple), comme une maladie essentiellement distincte des inflammations de toute forme et de toute espèce de l'appareil respiratoire, la tuberculisation des différentes parties dont se compose cet appareil, tuberculisation conuue sous les noms de phtisie pulmonaire, de phtisie laryngée, phtisie trachéale, phtisie bronchique, selon que le travail tuberculisateur a son siège dans le poumon, dans le larynx, la trachée-artère ou les bronches et les ganglions bronchiques [3]. Rien, en effet, n'est mieux démontré que le fond inflammatoire de l'affection (Andral, par exemple, pensait que le tubercule du larynx est dû à la fonte purulente d'un follicule; voir l'article consacré à cet auteur dans le présent ouvrage) dont la matière tuberculeuse est le produit. Mais c'est un produit spécial, et partant l'inflammation qui l'engendre est elle-même spéciale, spécialité de forme, non de fond, qui tient essentiellement à la spécialité d'organisation de l'élément anatomique qui en est le siège.

« La membrane muqueuse du larynx, les replis sur lesquels elle se déploie (ligaments supérieurs et inférieurs de la glotte), le tissu cellulaire, les muscles, les cartilages [4], le fibro-cartilage

1. Ici Bouillaud incrimine à tort Bretonneau et Guersant ; ils faisaient franchement de la diphtérie une inflammation dont la cause seule était spécifique, ainsi qu'en témoigne la terminaison *ite* du mot créé par eux.

2. Spécifique pour l'école de Tours, vulgaire pour l'école de Broussais.

3. La caséification de ces ganglions est de connaissance très ancienne ; seuls les phénomènes cliniques de celle-ci sont en partie de connaissance moderne (Baréty, par exemple).

4. Les anatomopathologistes de l'époque connaissaient la périchondrite du cricoïde (Cruveilhier) et celle de l'épiglotte. Ils savaient aussi que les muscles laryngés sont parfois atteints de dégénérescence graisseuse ; de là, l'idée de la possibilité d'une lésion localisée à ces parties, puisque par-

connu sous le nom d'épiglotte, peuvent être enflammés soit séparément, soit plusieurs et même tous à la fois[1]. Ajoutons que les vaisseaux sanguins et lymphatiques et les nerfs du larynx participent plus ou moins à l'inflammation des parties dont nous venons de parler et que cette circonstance doit être prise en sérieuse considération, quand il s'agit de se rendre un compte rigoureux des diverses formes que peuvent offrir les affections décrites sous le nom générique de laryngite... Nous ne saurions consacrer un article particulier à l'inflammation de chacun des nombreux éléments anatomiques du larynx. Sous le nom de laryngite aiguë et chronique, nous décrirons spécialement l'inflammation de la membrane muqueuse du larynx ; toutefois nous la diviserons en deux espèces bien distinctes, savoir celle qui affecte exclusivement la membrane sus-indiquée et celle qui atteint à la fois et cette membrane et les tissus sous-jacents, le tissu cellulaire entre autres. La première est une sorte d'érysipèle simple, tandis que la seconde est une espèce d'érysipèle phlegmoneux du larynx. Je veux dire que ces deux espèces sont pour le larynx ce que sont pour les membres et pour le tronc l'érysipèle simple et l'érysipèle[2] phlegmoneux.

« Je suis tenté de croire que c'est à une laryngite vraiment phlegmoneuse qu'il faut rapporter cette angine striduleuse que les auteurs[3] ont signalée dans ces derniers temps et qui a été souvent confondue avec le véritable croup[4]. Cette angine, ou mieux cette laryngite striduleuse, affecte spécialement les ligaments connus sous le nom de cordes vocales, et le gonflement qu'elle y détermine a pour effet inévitable un rétrécissement plus ou moins considérable de la glotte[5]. Il ne faut donc pas s'étonner qu'à l'instar de la laryngite pseudo-membraneuse, la

fois les lésions muqueuses paraissaient légères. De même, certains pensaient que l'inflammation pouvait être cantonnée aux glandes ou aux cartilages du larynx.

1. La panlaryngite ou panphlegmasie de l'époque, notre phlegmon total de l'organe. D'autre part, Dezeimeris avait bien étudié l'épiglottite.

2. L'érysipèle était encore très mal catégorisé. Voir, à ce sujet, le paragraphe angine érysipélateuse de notre *Histoire des maladies du pharynx*.

3. Bretonneau et Guersant. Ce dernier en a donné une description très complète. Voir le paragraphe que nous lui avons consacré.

4. Par les adeptes de Home et ceux du physiologisme. Il ne s'agit, suivant eux, que de degré avec le croup, l'inflammation n'étant pas ici assez intense pour produire la pseudo-membrane.

5. D'autres expliquaient la dyspnée par la suppression de la glotte respiratoire très peu développée chez l'enfant. Le rôle du spasme, accepté par quelques-uns, était nié par d'autres qui, comme Bouillaud et Bretonneau, admettaient un gonflement permanent au niveau de la glotte.

laryngite phlegmoneuse des cordes vocales puisse être promptement suivie de phénomènes de suffocation et de mort par asphyxie [1]. Pour la même raison ne soyons pas surpris, si l'on a décrit sous le nom de croup ou de laryngite pseudo-membraneuse un certain nombre de cas où il n'existait autre chose qu'une laryngite phlegmoneuse avec ou sans inflammation des parties voisines, telles que l'épiglotte, les amygdales, etc.

« Je consacrerai un article spécial à ce phlegmon du larynx auquel se rapporte l'affection décrite par certains auteurs sous le nom d'angine œdémateuse. » Bouillaud fait remarquer que l'œdème laryngien pur, non inflammatoire, existe ; mais il en parlera dans d'autres parties de sa nosographie et il termine le programme qu'il s'est tracé par ces mots : « Enfin, je n'oublierai pas, chemin faisant, de dire quelques mots des inflammations des autres élémemts du larynx, puisqu'elles accompagnent assez souvent les trois principales espèces qui viennent d'être établies et j'étudierai même, dans un article séparé, mais très court, l'inflammation de l'épiglotte, cet opercule fibro-cartilagineux annexé à l'ouverture supérieure du larynx [2]. »

Laryngites. — Bouillaud admet que parfois l'inflammation diphtérique est spécifique ; mais parfois aussi et peut-être plus souvent, son origine serait tout autre et on devrait admettre qu'elle peut être engendrée par une irritation quelconque ayant dépassé certaines limites, comme le soutenaient les adeptes du physiologisme. En effet, à l'exemple des observateurs parisiens qui ont écrit sur le sujet, Bouillaud ne pouvait guère étudier dans la capitale que le croup sporadique dont les causes paraissent fréquemment bien incertaines et où la filiation de la contagion est souvent impossible à établir. Ainsi que les élèves de Broussais, l'auteur était un partisan convaincu du traitement anti-phlegmasique. Or, admettre ici la spécificité c'était s'enlever ses arguments pathogéniques en faveur d'une thérapeutique anti-inflammatoire, notamment en faveur de la saignée dont Bretonneau avait montré cependant les dangers.

Bouillaud différait ici de la plupart des nosologistes de son temps, gagnés sincèrement aux doctrines si brillamment défendues par Bretonneau, Guersant, Trousseau, etc. Il s'accordait au

1. Ici Bouillaud exagère, comme le montre Guersant, qui a insisté sur la bénignité du mal, une terminaison fatale étant très rare.

2. Les anatomo-pathologistes de l'époque s'étaient beaucoup occupés de ce fibrocartilage. D'autre part, les cliniciens, par l'inspection directe, en abaissant fortement la langue, avaient parfois observés sur le vivant ses lésions. De là, un intérêt qui a disparu depuis l'emploi du laryngoscope.

contraire avec eux, quand il admet qu'une inflammation simple peut aboutir à la destruction d'une partie plus ou moins étendue du larynx, c'est-à-dire à l'ulcération, à la mortification, processus qui étaient regardés comme les caractéristiques du syndrome alors assez vague auquel on donnait le nom de phtisie laryngée.

Parmi les *causes* les plus habituelles de phlegmasie laryngée « la plus fréquente, la plus ordinaire, j'ai presque dit la plus naturelle, consiste dans *l'impression du froid*[1], surtout quand elle succède à une notable élévation de la température du corps, augmentation de la température qui va souvent jusqu'à la production de la sueur ». Du reste, suivant l'écrivain, pour que ce facteur étiologique agisse, il faut une prédisposition[2]. Il note aussi certaines causes accidentelles plus rares, telles que le traumatisme, les corps étrangers, le gaz et les poussières d'une nature irritante, les fièvres exanthématiques. Il se demande si l'on peut admettre en outre que la syphilis puisse déterminer une laryngite simple, comme l'ont affirmé quelques-uns, « assertion que, dit-il, je ne combattrai pas formellement, mais qui ne me paraît pas encore démontrée par des faits assez nombreux et assez exactement recueillis[3] ». Le surmenage vocal, souvent invoqué par les nosologistes ne lui paraît pas agir, comme on l'a soutenu, dans les cas aigus. « Un exercice forcé de la voix et de la parole est assez généralement considéré par les auteurs comme une cause de laryngite. Cette cause produit bien rarement, quand elle est seule, une laryngite aiguë de quelque intensité[4] ; mais elle peut, à la longue, donner lieu à une laryngite à marche lente et chronique, ainsi qu'il arrive chez les chanteurs, les déclamateurs. Il y a loin, comme on le sait à merveille, de cette espèce de laryngite à ces laryngites aiguës, soit catarrhales, soit pseudomembraneuses qui peuvent être la suite d'un refroidissement[5]. »

La spécificité, la contagion, à propos du croup, n'existerait que

1. Ici Bouillaud distingue avec raison la simple congestion par fatigue de l'organe de la véritable phlegmasie de l'appareil vocal.

2. Suivant Broussais, la prédisposition aurait unc telle influence qu'elle localiserait non seulement le processus morbide, mais déterminerait encore en grande partie la nature de celui-ci.

3. C'était l'avis de syphiligraphes éminents. Troja, par exemple, avait ainsi admis une angine syphilitique que rien ne différenciait des phlegmasies simples, sauf l'étiologie. Avec les travaux de La Martellière et Pillon sur l'érythème syphilitique du pharynx, cette opinion cessa d'avoir cours.

4. Chomel et ses élèves avaient déjà signalé la participation du larynx aux lésions granuleuses du pharynx chez les surmenés de la voix.

5. Déjà quelques auteurs faisaient des affections *a frigore* des maladies

dans l'imagination trop échauffée de certains, « dont les doctrines ont malheureusement été plus contagieuses que le mal lui-même ».

Avec de pareilles idées, il n'est pas étonnant que l'écrivain englobe laryngite, croup et phtisie laryngée dans le même syndrome, dont il se borne à indiquer, dans certains cas, les particularités anatomo-pathologiques et cliniques.

Nous n'insisterons pas sur ce que dit Bouillaud des lésions propres audit syndrome [1] ; nous signalerons simplement l'explication qu'il donne de la fausse membrane. Si, dit-il, celle-ci se produit, c'est qu'elle siège non pas dans les glandes comme la laryngite aiguë ordinaire, mais dans le tissu même de la muqueuse dont la trame fibreuse ressemble singulièrement à celui des glandes desquelles les phlegmasies sont si souvent couenneuses. La fonte des glandes pourrait aboutir aussi, suivant lui, à une perte de substance assez notable. « Dans un cas que j'ai publié en 1825, il existait au côté gauche du larynx une ulcération à fond grisâtre, à bords rouges et relevés, tout à fait semblable à un aphte ou à un chancre. Que si l'inflammation s'est propagée au tissu cellulaire sous-muqueux, on peut trouver une infiltration purulente ou de petits abcès », et à ce sujet, il rappelle en note quelques cas intéressants qu'il emprunte à Cruveilhier. Il cite la laryngite pseudo-membraneuse chronique, d'après Dugès, et rappelle que Royer-Collard et Guersant en niaient l'existence.

Le *tableau symptomatique* que Bouillaud trace des diverses laryngites aiguës est très sommaire, l'auteur se bornant à citer brièvement les symptômes principaux soit de la forme commune, soit de la variété pseudo-membraneuse, à propos de laquelle il se contente de s'inspirer des travaux de l'époque, principalement de ceux des partisans de Home.

La description qu'il donne des laryngites chroniques est tout aussi écourtée. Suivant lui, qu'elle se développe d'emblée ou qu'elle succède à la laryngite aiguë, l'affection ne serait caractérisée que par des phénomènes identiques à celle-ci « et qui n'en diffèrent que par un moindre degré d'intensité. Tels ont une douleur sourde dans la région du larynx, une toux

d'allure spéciale, engendrées par un facteur en quelque sorte spécifique et caractérisées par l'allure rapide et en quelque sorte tumultueuse de leurs accidents morbides (angine herpétique, pneumonie). Parrot développera plus tard ces idées, ainsi que nous l'avons montré dans notre *Histoire des maladies du pharynx* (voir l'article : angine herpétique).

1. Il reproduit les idées de Cruveilhier principalement.

rauque, l'âpreté, la rudesse, l'enrouement ou même l'extinction de la voix, des crachats muqueux, quelquefois diffluents, purulents ». Les symptômes généraux seraient peu marqués par eux-mêmes, à moins qu'il ne s'y joigne de la tuberculose pulmonaire. « Dans les cas de simple laryngite chronique, offrant d'ailleurs tous les caractères assignés à la phtisie laryngée, on n'observerait point habituellement de véritable fièvre hectique, et quand la mort en est la suite, elle surviendrait par un mécanisme bien différent (l'auteur a en vue l'asphyxie) de celui qui a lieu dans la fièvre hectique ou de consomption.

Le diagnostic de l'ulcération, qui serait la lésion caractéristique de la phtisie laryngée, serait difficile, souvent même impossible. Du reste, une fois passée à l'état chronique, contrairement à ce qu'on observe dans la variété aiguë du mal, « la durée de la laryngite chronique ne saurait être exactement calculée ».

Comme traitement, Bouillaud ne recommande guère que les moyens antiphlogistiques, dont il use et dont surtout il abuse singulièrement. Ce que dit l'écrivain sur l'épiglottite se réduit à peu de chose et est tiré principalement de l'histoire de deux malades, dont il rapporte les observations.

Œdème de la glotte. — Bouillaud a fait œuvre vraiment originale, en ce sens qu'il a renversé les idées pathogéniques de Bayle pour y substituer avec raison, au moins dans l'immense majorité des cas, une origine phlegmasique. Analysons d'abord, au point de vue qui nous occupe, le mémoire de l'auteur sur l'*angine œdémateuse*, paru en 1825 dans les *Archives générales de médecine* (t. VII, p. 174).

Comme auteurs ayant précédé Bayle, il ne cite qu'Hippocrate et Morgagni, oubliant Bichat. Suivant lui, la monographie de Bayle « serait excellente et à l'abri de reproches, si son auteur au lieu de rapporter la cause des accidents et de la mort à l'affection du larynx, comme l'avait fait déjà Morgagni, ne l'eût attribué à je ne sais quel état spasmodique du poumon [1] ». Pour bien établir les idées, il commence par citer quelques cas d'angine œdémateuse qu'il avait eu l'occasion d'observer, notamment celle de Plagne Louise, âgée de 34 ans et ayant succombé à l'asphyxie le septième jour du mal, celle de Lemende, couturière, atteinte d'abord d'érysipèle de la face, puis d'angine œdéma-

1. Bayle avait en vue, à ce propos, des cas de tuberculose avancée avec complication ultime d'œdème de la glotte ; c'est seulement dans ces cas exceptionnels qu'il s'est demandé si l'état du poumon n'entrait pas en ligne pour expliquer la dyspnée.

teuse du larynx. Les symptômes furent ceux de la forme aiguë d'œdème de la glotte, décrits par Bayle. A l'autopsie, on trouva du côté du larynx, principalement vers l'orifice supérieur, des lésions inflammatoires très accusées et l'auteur concluait ainsi : « Personne ne saurait nier la nature inflammatoire de l'angine œdémateuse.

« L'œdème est une des circonstances de la maladie, mais il n'en constitue pas le caractère fondamental. Il est l'effet de l'inflammation qui est l'affection principale. »

Dans son *traité de nosographie*, revenant sur la question, il est non moins affirmatif. « En examinant avec soin, dit-il, et avec une saine logique les faits particuliers rapportés par Bayle et la description générale qu'il a donnée de la maladie qu'il appelle œdème de la glotte, on ne tarde pas à rester convaincu que, sous ce nom, il a désigné une maladie qui n'était autre qu'une véritable inflammation, soit aiguë, soit chronique du tissu cellulaire du larynx. Telle est aussi l'opinion de Cruveilhier dans son article : laryngite du Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique (*Dictionnaire en 15 volumes*). Selon lui, la maladie décrite par Bayle sous le nom vicieux d'œdème de la glotte n'est autre chose que la laryngite sous-glottique ».

Les lésions sont exposées à ce propos d'une façon très complète, mais nous croyons inutile d'insister ; car Cruveilhier n'avait guère laissé à faire à ses successeurs, à ce point de vue. Non seulement, suivant l'auteur, le liquide serait épais, séro-purulent dès que le mal a dépassé le premier stade, mais encore les lésions nécrotiques des cartilages ne seraient pas rares, comme le prouve un fait observé par lui, en 1822, et dans lequel un vaste abcès faisait en quelque sorte tout le tour du cartilage cricoïde. Même localisation périchondrique dans un fait de Cruveilhier et dans un autre publié par Ripault, que Bouillaud croit devoir rapporter après son observation personnelle. Depuis, dit-il, M. Cruveilhier en a rapporté trois nouveaux cas, assez semblables aux précédents et dont il est donné un bref résumé. L'écrivain insiste sur cette particularité que le mal succède assez souvent à une laryngite ordinaire ou à une affection phlegmoneuse de la gorge.

Quant à sa description clinique, elle ne fait que rappeler celle de Bayle, cet excellent observateur n'ayant négligé pour ainsi dire aucune particularité importante du tableau morbide ; cependant Bouillaud, malgré la brièveté de sa description, a su faire ressortir certains symptômes, tels que la gravité de l'asphyxie, l'absence d'expectoration et de toux croupale. Il ne pense pas que le toucher digital des replis aryténo-épiglottiques préconisé par Thuillier soit possible à cause de l'anxiété des malades.

Comme Bayle, il admettait une forme aiguë et une forme relativement chronique. Ici encore tout s'expliquerait non pas par l'état spasmodique répété du poumon, mais par le rétrécissement du passage de l'air à travers le larynx.

Ainsi que pour le croup, l'auteur se leurre singulièrement sur les avantages que présenterait la médication anti-phlogistique. Contrairement à Cruveilhier, il pense que le mal peut, ainsi traité, rétrograder même quand il a atteint son summum. Cependant, il ne conteste pas l'utilité de la trachéotomie, pourvu qu'on se hâte suffisamment quand l'asphyxie est très grave: mais il rejette délibérément le tubage.

VI. — BROUSSAIS



Nous avons mentionné précédemment[1] quelles étaient les conceptions de Broussais sur la nature et le mécanisme pathogénique des affections des voies digestives et aériennes supérieures. Nous n'avons donc à nous occuper ici que de ce qu'il a dit de particulier sur l'organe phonateur.

Il ne s'est occupé en somme que de ses phlegmasies[2]. « La laryngite, dit-il, est une des maladies les plus formidables, à cause de l'étroitesse de la glotte, surtout dans l'enfance[3], et de la disposition, à cet âge, aux sécrétions muqueuses qui se coagulent aisément[4]. Je pense que la facilité avec laquelle les fausses membranes se forment dans le larynx dépend de la chaleur de la respiration et de celle de l'inflammation. L'air respiré enlève de l'humidité au pharynx, au larynx et à la trachée et dessèche les mucosités adhérentes de ces parties. » Comme on le voit, Broussais est guidé par une grossière analogie avec les lésions suintantes de la peau, qui, desséchées, se convertissent en croûtes ou même en dépôts pseudo-membraneux dans les parties fines et délicates du revêtement cutané. Il pouvait invoquer aussi les recherches des anatomo-pathologistes de l'époque sur les dépôts fibrineux des différentes séreuses et des gros vaisseaux de l'économie, et des cavités cardiaques. Comme le reconnaîtra Bretonneau lui-même, la fausse membrane n'a d'ailleurs rien de particulier en elle-même; « ce qui est spécifique dans la diphtérie, c'est seulement l'étiologie ».

1. Voir l'introduction, p. 21, et le tome Ier, p. 98.
2. Dans son Traité de pathologie générale.
3. A cet âge, la glotte respiratoire est encore fort peu développée.
4. C'est ainsi que les partisans de Home expliquaient la prédominance chez les jeunes sujets des affections pseudomembraneuses. Ils faisaient du croup une maladie propre de l'enfance. Louis montrera qu'il n'en est rien.

Suivant l'auteur, qui rappelle la complexité de structure du larynx, les couches musculaires, le tissu cellulaire, les vaisseaux, les nerfs, les cartilages, les synoviales articulaires peuvent *isolément, et indépendamment des parties voisines*, devenir le siège de lésions inflammatoires plus ou moins graves. Ne connaissant pas l'origine infectieuse de la plupart des altérations morbides de l'économie, qui localise les lésions initiales en certain point, le rôle du surmenage, etc., les pathologistes de l'époque étaient conduits, en effet, privés qu'ils étaient de ces notions fondamentales, à se demander pourquoi les différentes phlegmasies devaient *a priori* se porter sur certains éléments histologiques, plutôt que sur d'autres. Avec ce qu'ils savaient, il n'y avait pas de raison apparente pour un cantonnement dont on ne voyait pas la cause. Broussais tranche hardiment pour l'affirmative. « L'inflammation peut se développer dans toutes ces parties [1] et je l'ai vue avec étonnement avoir son berceau dans chacune d'elles ».

La symptomatologie, la marche, le traitement des diverses laryngites, dont l'étude est englobée du reste dans celle des angines, sont expédiés en quelques lignes et n'offrent rien de bien spécial [2]. Rappelons seulement que les phlegmasies de l'organe vocal, comme celles du pharynx, sont rattachées, dans un assez grand nombre de cas, à la gastroentérite dont l'écrivain s'est si singulièrement exagéré l'importance [3], reliant à l'inflammation stomacale ce qui résulte en réalité d'un réflexe ou d'un trouble chimique, c'est-à-dire d'une intoxication chronique par fermentation putride au niveau de la zone sous-diaphragmatique du tube digestif.

Broussais, qui rattache bien entendu l'œdème de la glotte à un processus phlegmasique [4], admet une étiologie très complexe et très variable, dans laquelle il confond manifestement ce qui appartient à l'entité morbide de Bayle et ce qui revient à la laryngite phlegmoneuse. Il donne à l'affection le nom de laryngite cellulaire et de laryngite capsulaire. « Elles naissent, dit-il, sous

1. Lasègue se posera les mêmes questions pour le pharynx dans son Traité des angines.

2. Il s'agit, ne l'oublions pas, dans l'ouvrage de Broussais, de pathologie générale et non de nosologie.

3. Néanmoins, il reste acquis que cet auteur a su, un des premiers, se rendre compte qu'un certain nombre de phlegmasies rhino-pharyngo-laryngées avaient les rapports les plus étroits avec le mauvais fonctionnement de l'estomac. Ceci est surtout vrai pour les phlegmasies chroniques de ces cavités.

4. Bouillaud, dès 1825, s'était efforcé de prouver qu'il en était bien ainsi, Voir cet auteur.

l'influence de toutes les causes d'irritation et sont déterminées par les efforts de voix, la parole, le chant, les cris. On croirait que cette cause ne porte que sur les muqueuses; mais elle agit sur tout le larynx et peut produire *l'inflammation de tous les tissus que je viens d'indiquer*. Quelquefois ce sont des coups, des chutes, des efforts de strangulation qui déterminent cette inflammation. L'affection rhumatismale peut aussi quelquefois se porter[1] sur les petites articulations de cet organe. J'ai vu des cas où des individus, après avoir éprouvé des douleurs intolérables, étaient pris de gonflement et d'inflammation du larynx. »

1. C'est surtout le rhumatisme infectieux de la fièvre puerpérale, de la scarlatine, des grands traumatismes qui envahit parfois l'articulation crico-aryténoïdienne, etc., etc. Cependant on a vu le rhumatisme vrai frapper aussi les articulations laryngées, comme Broussais l'a reconnu peut-être le premier.

VII. — CAYOL.



Les « Recherches sur la phtisie trachéale » de Cayol ne sembleraient pas devoir rentrer dans le cadre d'étude que nous nous sommes tracé. En réalité, il n'en est pas ainsi, parce que la trachée, en somme, ainsi que l'œsophage, tendent peu à peu à faire partie du domaine de notre spécialité, surtout depuis que les méthodes nouvelles d'exploration physique se sont peu à peu intronisées dans la pratique, nécessitant des techniques spéciales, ce qui semble exclure ces examens de la médecine générale. D'autre part, les contemporains de Cayol et ses successeurs immédiats se préoccupaient, beaucoup plus que nous, d'un type morbide, intéressant à plus d'un titre, mais qui coïncide le plus souvent soit avec la tuberculose pulmonaire, soit avec la phtisie laryngée lorsque les poumons semblent indemnes. N'empêche que quelquefois le mal, soit parce qu'il est en réalité isolé, soit parce que ses lésions prédominent sur celles du larynx et des poumons, prend une allure clinique qu'il est impossible de négliger. On a alors devant soi toute une série de symptômes qui simulent, suivant la plus ou moins grande rapidité de l'évolution, tantôt une bronchite subaiguë, tantôt une bronchite chronique, parfois une dilatation des bronches qui ne s'améliore point par les moyens habituels, s'exacerbe peu à peu et entraîne une déchéance plus ou moins prononcée de l'organisme. Or, c'est Cayol qui a étudié le premier, on peut le dire, cette localisation spéciale du processus tuberculeux.

Son esquisse clinique n'est pas toujours heureuse. Il exagère les crises asphyxiques parce qu'il ne sait pas séparer ce qui appartient à la phtisie laryngée de ce qui revient à la trachée, et c'est pourquoi il méconnaît également l'origine véritable du sifflement qu'il a noté chez ses malades, et qui est dû réellement à l'affection que Bayle venait tout récemment de faire connaître sous le

nom d'œdème de la glotte. Mais, pour les autres symptômes, il est beaucoup plus exact, de telle sorte que les services qu'il a rendus sont incontestables. Analysons maintenant sa courte monographie.

Il débute par la description des altérations anatomo-pathologiques de la trachée et des grosses bronches. Le chapitre est excellent. Il note avec soin la coïncidence avec des lésions semblables du côté du larynx et des poumons, signalant toutefois des cas primitifs moins fréquents qu'il le croit; car il semble avoir été trompé par une série clinique, ainsi que cela arrive parfois aux meilleurs observateurs. Il admet avec raison que, le plus souvent, les ulcérations se retrouveraient au niveau de la bifurcation de la trachée ; mais, dit-il, ce n'est point constant, car il aurait constaté leur présence sur toutes les parties de la trachée ou des grosses bronches, et ceci est encore exact. Suivant lui, le nombre, la grandeur, la profondeur de ces ulcères seraient variables. Ils apparaîtraient d'ordinaire masqués par du pus ou par une couenne grisâtre. Tantôt arrondis, tantôt allongés et serpigineux, ils s'accompagneraient d'une inflammation évidente du reste de la muqueuse, plus ou moins congestionnée et rougeâtre.

Comme étiologie, l'auteur invoque le surmenage vocal, les professions exposant aux poussières, les froids répétés, la suppression d'une affection dartreuse, le virus vénérien, la présence de corps étrangers dans la trachée, les rhumes tendant à la chronicité, la débilité de la constitution.

Au début, la symptomatologie serait assez mal caractérisée, le mal ne se manifestant que par une légère toux avec douleurs plus ou moins vives sur un point de la trachée, généralement à la partie inférieure du cou, où on observerait parfois une légère tuméfaction. « Lorsque l'ulcère a fait quelques progrès, la toux devient plus fréquente. Elle revient ordinairement par quintes très fatigantes, pendant lesquelles les malades portent involontairement la main à la partie inférieure de leur cou qui est le siège principal de la douleur. Ils ressentent, derrière la première pièce du sternum, un sentiment pénible qui leur semble être l'effet d'une pression exercée par un corps dur. *L'expectoration commence à devenir abondante.* Elle est formée par un liquide diaphane, écumeux, un peu filant, assez semblable à de la salive. Bientôt la respiration devient un peu gênée et enfin il y a de véritables accès de dyspnée [1] qui arrivent à être de plus en plus prononcés et qui sont ordinairement rappelés par la situation hori-

1. Parfois, chez ces malades, il y a du pseudo-asthme.

zontale du tronc, ce qui fait que les malades ne peuvent reposer que la tête un peu élevée. La respiration reste gênée dans l'ensemble des accès, et, de plus, elle est accompagnée d'une espèce de râlement et quelquefois d'un sifflement tout à fait semblable à celui qui s'observe quand la trachée-artère est comprimée par un anévrisme.

« Dans la dernière période, la maigreur commence à se prononcer; toutes les fonctions se détériorent, mais très lentement, et quelquefois, lorsque la respiration est très gênée, et que les accès de dyspnée sont fort rapprochés, les malades meurent avant d'être beaucoup amaigris. » Il n'y aurait le plus souvent pas trace de sang dans les crachats pendant toute la durée de la maladie, l'expectoration restant jusqu'à la fin « pituiteuse et écumeuse avec quelques stries jaunâtres peu considérables ».

A propos du diagnostic, il note que l'œdème de la glotte amènerait de la gêne et du sifflement respiratoires; mais l'altération de la voix paraîtrait très marquée, le siège de la douleur serait laryngé, les circonstances où se développerait l'affection sembleraient autres et enfin l'évolution se montrerait infiniment plus rapide.

Dans la phtisie pulmonaire, il n'y aurait pas de sifflement trachéal, le mal évoluerait plus vite, les hémoptysies apparaîtraient fréquentes et plus ou moins abondantes.

Cayol ne croit pas que la confusion de la phtisie trachéale avec la phtisie laryngée soit bien fréquente. Ce n'est que dans les premiers temps que la première pourrait être prise pour la seconde. « En effet, à cette époque, elle n'en diffère en apparence que par le siège de la douleur qui est ordinairement beaucoup plus bas dans la trachée, et par l'altération de la voix qui est beaucoup moins marquée ou même qui n'existe pas du tout. » Mais bientôt surviendraient les accès de suffocation et le sifflement, symptômes qui ne s'observent point dans la phtisie laryngée et qui, joints à l'*abondance de l'expectoration*, dissiperaient tous les doutes que l'on aurait pu avoir dans les premiers temps de la maladie. Il faudrait d'ailleurs se rappeler que la « phtisie laryngée parvenue à un certain degré *doit nécessairement causer l'extinction de la voix*, tandis que la phtisie trachéale parcourt toutes ses périodes sans donner lieu à cet accident ».

VIII. — COLLARD (ROYER-)



Ce nosologiste ne nous importe que par l'article *croup* qu'il a écrit pour le *Dictionnaire en 60 volumes*, composé vers le commencement du XIXe siècle encore tout imbu des idées dualistiques de Home. Les doctrines qu'adopte l'auteur sont surannées ; elles seront bientôt remplacées par les conceptions plus exactes de l'école de Tours. Mais si la monographie de Royer-Collard pèche au point de vue théorique, elle dédommage amplement le lecteur du côté clinique. Tous les symptômes de la terrible maladie sont étudiés avec un soin et une minutie qui ont peu laissé à faire à ses successeurs ; et, si le tableau morbide qu'il trace n'a pas encore la précision qu'il possédera plus tard, cela tient à la confusion qui persiste avec certains cas de laryngite phlegmoneuse et surtout de laryngite striduleuse, distinction qui ne se fera guère qu'avec Bretonneau, et avec Guersant. Quant à l'érudition de l'écrivain, elle est remarquable [1]. Il suffit de parcourir son œuvre pour être entièrement informé sur les opinions de ses contemporains concernant certains problèmes litigieux. Le programme qu'il se trace dès le début est des plus complets, et il a été fidèlement rempli. Il se propose d'étudier non seulement l'évolution de l'affection et sa symptomatologie, mais encore « les lésions cadavériques qu'elle laisse après elle, les maladies consécutives qu'elle détermine, ses causes prédisposantes et occasionnelles, ses complications, les différences qui la distinguent de quelques autres maladies analogues, ses diverses espèces ou variétés, l'aperçu du pronostic que le médecin peut en porter, et l'examen de quelques questions qui se rattachent à son histoire et qui sont nécessaires pour la compléter ».

Évolution. — Royer-Collard distingue trois stades comme

1. Elle fut récompensée par un accessit au prix fondé par Napoléon Ier, lors de la mort du fils du roi de Hollande, son frère.

Guersant, mais il leur impose des dénominations différentes. « Je distingue trois temps ou trois périodes dans le croup, celle d'irritation, celle de la formation de la fausse membrane et celle d'adynamie. » La première était moins caractérisée aux yeux des nosologistes du début du XIXe siècle, parce qu'en somme, ils en faisaient du catarrhe, c'est-à-dire un degré inflammatoire pas encore assez avancé pour amener la sécrétion des fausses membranes. Confondant le faux croup (laryngite striduleuse) avec le vrai, ils ne pouvaient être que fortifiés dans leurs idées erronées.

Aussi l'auteur émet sur ce stade l'opinion suivante qui, étant donné nos conceptions actuelles, nous paraît assez singulière. « Le plus souvent l'invasion de la maladie est précédée d'une affection catarrhale, qui paraît entièrement semblable au catarrhe pulmonaire habituel [1]. » Cependant la réaction générale qu'on observe dans certains cas, et surtout la rhinite pseudomembraneuse, sont assez bien mentionnées dans les lignes suivantes. « Le malade commence par éprouver des alternatives de chaud et de froid, de la *lassitude*, de la *somnolence* [2] ; sa langue devient légèrement blanchâtre, l'appétit diminue ou se perd, *un coryza plus ou moins fort se développe*, et la toux ne tarde pas à se joindre à ces premiers symptômes. La fièvre est presque nulle [3] dans la journée et augmente seulement un peu vers le soir. Les nuits sont assez calmes, à l'exception de quelques quintes de toux qui réveillent de temps en temps le malade, surtout vers la première moitié de la nuit.

« Cet ensemble de phénomènes n'est point encore le croup, mais il en est le prélude [4]. Des parents ou des médecins peu familiarisés avec cette maladie [5] n'y aperçoivent qu'un rhume

1. Ceci pourrait se voir, il est vrai, dans la diphtérie secondaire à la rougeole ou à la grippe; or cette forme de l'affection semble avoir été des plus fréquentes à cette époque, où la prophylaxie scientifique des maladies infectieuses n'existait pas encore.

2. L'abattement est, comme l'a montré Trousseau, un phénomène précoce et prédominant chez la plupart des malades.

3. En effet, sauf quand il y a streptococcie ou pneumococcie avec diphtérie, la fièvre est nulle ou rémittente.

4. Royer-Collard, en dehors de la possibilité de la diphtérie secondaire à une affection grippale par exemple, avait probablement en vue, quand il s'exprimait ainsi, ces diphtéries longtemps larvées, dont Bretonneau parlera en 1855, qui se cantonnent dans le nez, évoluent obscurément, puis se manifestent plus clairement dès qu'elles ont envahi le larynx. Il voyait le fait clinique, sans s'en expliquer le mécanisme.

5. Trousseau, comme on le sait, a également beaucoup insisté sur ce début insidieux, qui inspire à l'entourage une confiance trompeuse.

qui exige à peine quelques soins, mais le praticien accoutumé à le reconnaître, découvre dans ce rhume quelque chose d'extraordinaire, et semble y démêler des traits qui appartiennent à une maladie différente[1]. Aussi M. Vieusseux, dans l'excellent mémoire qu'il a envoyé au concours sur le croup (celui institué par Napoléon lors de la mort du fils du roi Louis de Hollande), donne-t-il à ce premier temps de la maladie le nom *d'affection catarrhale singulière*, expression qui désigne à la fois et le caractère général des premiers symptômes qui annoncent le croup et le caractère singulier qu'ils montrent dès cette époque. »

L'auteur n'ignore nullement la dissemblance, suivant les malades, du tableau morbide à cette période. « Cette affection catarrhale présente de *nombreuses variétés*, soit relativement à son intensité, soit relativement à sa durée. Quelquefois elle est à peine marquée, dans d'autres cas (diphtérie compliquée de streptococcie) elle est vive et forte ; chez certains sujets sa tendance vers le croup est presque nulle (l'auteur a probablement en vue le faux croup) ; chez d'autres, cette tendance se manifeste dès sa naissance (croup foudroyant). Enfin sa durée se prolonge quelquefois jusqu'à six, huit, ou même dix jours, tandis qu'on la voit le plus souvent bornée à deux ou trois jours. »

Au bout de quelques jours, à cette phase si indécise en succède une autre qui n'est pas encore la période d'état, mais qui est déjà plus pathognomonique. « Cependant le mal fait insensiblement des progrès, et ces progrès finissent par être tels, qu'on s'aperçoit enfin qu'il ne s'agit plus d'un simple catarrhe[1]. C'est ordinairement pendant la nuit que se montrent les symptômes propres au croup[2]. L'enfant se couche, comme les jours précédents, avec un peu de malaise et un peu de fièvre ; il s'endort paisiblement, mais pendant son sommeil sa respiration devient tout d'un coup pénible et bruyante ; il tousse fréquemment et sa toux fait entendre un son extraordinaire (toux aboyante, chant du coq de la laryngite striduleuse ; dans le croup, la toux est beaucoup plus étouffée), son visage est rouge, sa peau brûlante, sa voix rauque ; il se réveille brusquement et s'agite sans

1. La lassitude singulière et le teint plombé principalement sont mal en rapport avec une rhinite.

2. Parce que, pendant la nuit, la respiration plus superficielle, moins active, est plus facilement embarrassée ; ce qui tend à amener non seulement un certain degré d'asphyxie, mais encore du spasme du larynx, comme cela existe aussi dans la laryngite striduleuse. Il est certain que, chez cette dernière affection, qu'on confondait encore avec le croup du temps de Royer-Collard, les crises nocturnes sont très accentuées ; mais cela se voit aussi à un moindre degré dans le vrai croup.

cesse. Souvent il se plaint d'un certain serrement à la gorge (le spasme de la glotte) et quelquefois de douleurs vers le larynx[1]. Ces symptômes néanmoins ne durent pas longtemps. Le calme renaît peu à peu, le sommeil est plus tranquille, la respiration plus libre, le son de la toux plus naturel, et le lendemain matin l'enfant paraît être revenu à peu près au même état où il était la veille. Mais ce calme ne doit point rassurer. »

En effet, les accès se renouvellent le lendemain soir et dès lors le croup se confirmera de plus en plus. « C'est ordinairement à cette époque de la maladie que finit la première période; les phénomènes qui suivent annoncent plus ou moins manifestement que *la fausse membrane commence à se former*. On voit alors les accès croître continuellement en force et en fréquence et, dans leurs intervalles mêmes, tous les symptômes de la maladie persister quoiqu'à un moindre degré[2]. La voix est toujours rauque[3]; mais la toux commence à prendre un son plus perçant et plus aigu[4]. L'oppression est extrême, et le sifflement de la respiration se fait entendre dans toute la maison[5]. Au fort des accès, l'enfant s'agite d'une façon effrayante[6]; sa figure devient livide, ses lèvres violettes, son visage se couvre de sueur et son pouls jusque-là fort et dur commence à être petit, serré et d'une fréquence extrême. La toux et plus encore le vomissement (phénomène mécanique produit, comme on le sait, par la pression du diaphragme sur l'estomac pendant les quintes et peut-être aussi par l'excitation laryngée du pneumogastrique) font rendre une grande quantité de mucosités épaisses et filantes; quelquefois il se mêle à ces mucosités des fragments d'apparence membraneuse. Ce qu'il y a de remarquable c'est que pendant tout ce tumulte et même pendant toute la durée de la maladie, la déglutition reste constamment libre. Cette seconde période dure deux, trois et même quatre jours dans

1. Rare; c'est la gêne précédente exacerbée.

2. Parce qu'au spasme se joint l'obstruction mécanique du larynx par la fausse membrane.

3. Trousseau a montré qu'elle est surtout étouffée dans le vrai croup, contrairement au faux croup, où elle est surtout dysharmonique.

4. Confondant le croup avec le faux croup, les auteurs du temps se sont épuisés en comparaisons pour faire comprendre ce que cette toux avait apparemment d'étrange et de pathognomonique.

5. Il est inutile de faire ressortir cette exagération, bien que le sifflement glottique soit chez quelques sujets assez notable.

6. Plus souvent, il est déjà sidéré et somnolent, intoxiqué qu'il est par le poison diphtérique; mais cette agitation se voit parfois, quoique rarement, au degré que décrit Royer-Collard.

certains cas, suivant le degré de violence de la maladie, et la rapidité plus ou moins grande de sa marche. »

Le *stade final* de Royer-Collard est manifestement notre phase asphyxique. « La troisième période est caractérisée par la réunion de tous les signes avant-coureurs d'une mort prochaine. Les accès sont presque continus ; à peine observe-t-on encore quelques instants d'une rémission incertaine. La voix se perd entièrement, et la parole devient impossible. La respiration ne se fait plus que d'une manière convulsive et avec une incroyable difficulté. Une suffocation affreuse menace à chaque instant la vie du malade ; son visage est pâle, ses yeux éteints, une sueur froide et visqueuse couvre toute sa tête. Faible et abattu, il ne s'agite plus avec violence comme dans la seconde période ; la toux est presque nulle et l'expectoration presque entièrement arrêtée ; le pouls à peine sensible sous le doigt est irrégulier, intermittent. Toutes les fonctions paraissent s'anéantir, les facultés intellectuelles seules conservent leur intégrité jusqu'au dernier moment. La mort vient enfin terminer cette scène de douleur, tantôt d'une manière calme et douce, tantôt au milieu des angoisses les plus déchirantes. »

Suivant Royer-Collard, le passage d'une période à la suivante se ferait d'une façon insensible et progressive. Quelquefois cependant, « elles se succèdent avec une telle rapidité, qu'elles paraissent se confondre les unes avec les autres[1] ; mais elles n'en existent pas moins, et un œil exercé vient toujours à bout de saisir les principaux traits qui les distinguent. »

Dans la *terminaison favorable*, la guérison s'accomplirait aux deux premiers stades. « Cette marche et cette succession des périodes cessent d'avoir lieu. Les symptômes au lieu de croître perdent peu à peu de leur force. Les accès s'éloignent, diminuent ou s'éteignent même entièrement. La respiration recouvre sa liberté et la maladie arrive à sa fin. Lorsqu'on obtient la guérison à la première période[2], et surtout à son début, la maladie disparaît quelquefois subitement et sans laisser de traces après elle ; si elle est plus avancée et surtout si elle a atteint le milieu ou la fin de la seconde période, la guérison ne s'opère que lentement et d'une manière graduelle. Il est rare que cette heureuse terminaison soit annoncée par un mouvement critique manifeste[3] ;

1. Croup foudroyant, dont il sera parlé plus loin.
2. Royer-Collard fait manifestement allusion à ces cas connus actuellement sous la désignation de laryngite striduleuse.
3. Il ne faut pas oublier que la doctrine hippocratique des crises régnait encore en médecine.

seulement quand la fièvre a été violente, il s'établit presque toujours au moment de la guérison une sueur abondante et générale. Les autres évacuations ne sont pour l'ordinaire que des fausses crises. On ne connait pas non plus d'exemples bien constatés de croup qui ait été terminé par une éruption quelconque[1]. »

Quant à la *durée* totale, elle serait, dans le croup confirmé, de huit, dix à douze jours, presque jamais au delà[2].

Le *croup foudroyant*, à durée extrêmement courte, est signalé très nettement dans le paragraphe suivant. « Il est une autre variété de cette maladie où toutes les périodes se confondent et où tous les symptômes se développent à la fois de la manière la plus vive et la plus terrible. Alors on n'observe plus cette petite période catarrhale, qui précède communément l'invasion ; la maladie éclate subitement, rarement dans le jour, presque toujours la nuit, et une fois qu'elle a commencé elle s'accroît et marche avec la plus effrayante rapidité. Il n'y a plus ici d'alternatives d'accès et de rémission, ou du moins ces alternatives sont à peine marquées. Il n'y a pour ainsi dire qu'un seul accès, dans lequel, dès le début, l'oppression est considérable, la respiration bruyante, la toux extraordinaire, la suffocation imminente, le pouls dur et fréquent, le visage rouge, les yeux saillants et l'anxiété portée au plus haut degré[3]. Tous les symptômes persévèrent sans relâche et sont croissant jusqu'à la fin. Cette horrible scène se prolonge vingt-quatre, trente-six, quarante-huit heures et quelquefois elle n'en dure que huit à dix[4]. Le malade périt alors comme d'un étranglement violent et au milieu des angoisses les plus affreuses ».

Symptomatologie. — Comme phénomènes principaux, Royer-Collard note la raucité de la voix, la toux, la dyspnée, la fièvre et l'expectoration pseudomembraneuse à la fin, visqueuse au début.

1° La raucité de la voix serait précoce et se montrerait le plus

1. Le rash scarlatiniforme ne sera signalé que vers 1860, par Germain Sée ; cette éruption n'est du reste qu'un épiphénomène sans importance pronostique.

2. Le croup chronique ne sera signalé que par Dugès dans le *Dictionnaire en 15 volumes.*

3. Aveuglé par le rôle mécanique attribué à la fausse membrane, Royer-Collard ne voit donc nulle part l'intoxication produite par cette diphtérie maligne.

4. Il s'agit certainement alors d'une laryngite phlegmoneuse ou d'un œdème de la glotte foudroyant qu'il prend pour du croup, comme cela arrivait quelquefois.

souvent dès le début des accidents morbides, même avant la fièvre, même avant la difficulté de respirer. Ce serait un symptôme d'une importance capitale et qui devrait orienter d'emblée le médecin vers l'idée du croup. D'abord peu considérable, elle augmenterait peu à peu ; finalement elle aboutirait à une aphonie à peu près complète. Elle subsisterait souvent après la guérison apparente de tous les accidents [1]. « Une petite fille de dix ans, traitée par moi, il y a un an, d'un croup très violent a conservé jusqu'à présent un son de voix grave et rauque et rien n'annonce encore la cessation prochaine de cette singulière lésion. » Le caractère étouffé de la voix est mal saisi par Royer-Collard et ses contemporains, qui sont surtout sensibles à la modification de timbre [2].

2° La toux est décrite d'une façon inexacte, à cause de la confusion du croup avec la laryngite striduleuse. Tous les auteurs de l'époque lui assignaient une valeur pathognomonique, employant pour la décrire les comparaisons les plus étranges. « Le second symptôme essentiel du croup est la toux. Elle le précède toutes les fois qu'il est précédé lui-même par le catarrhe, et alors, elle n'a rien qui le distingue bien sensiblement de la toux catarrhale ordinaire ; mais aussitôt que la maladie commence à attaquer immédiatement le larynx et la trachée, la toux change de caractère, devient rauque, profonde, et ce changement est un des premiers signes de l'invasion du croup. Tant qu'il n'y a point eu encore d'accès, elle demeure simplement rauque ; mais le premier n'a pas plutôt éclaté qu'elle prend ce ton extraordinaire dont parlent tous les auteurs et qu'on a appelé *son croupal*.

« Les uns ont comparé le son croupal au cri du jeune coq, à celui d'une poule irritée, à l'aboiement d'un chien ; les autres sans avoir recours à ces comparaisons l'ont signalé tantôt comme uu bruit rauque et sourd [3], tantôt comme un éclat de voix clair et retentissant [4], tantôt enfin comme un sifflement plus ou moins aigu [5]. »

Pour Royer-Collard, grave et fort au début, ce son croupal serait clair et éclatant à la 2e période. La toux s'effectuerait par quintes que provoquerait le moindre incident et une série de

1. Il s'agit évidemment d'une paralysie des cordes plus ou moins complète, comme cela se voit dans quelques cas.

2. La fausse membrane empêche les vibrations comme un linge placé sur une corde d'un instrument tel que le violon.

3. C'est assez exact, car ici le timbre grave prédomine.

4. Cri du coq de la laryngite striduleuse.

5. A la période asphyxique.

quintes constituerait l'accès. En dehors de celui-ci, la toux resterait sourde et rauque. Dans la période adynamique, le phénomène deviendrait moins fréquent, moins intense et finirait par s'affaiblir et disparaître ainsi que le son croupal. Si le malade guérit, la toux persisterait après la disparition des autres symtômes ainsi que la raucité de la voix, comme il a été vu plus haut, puis elle finirait par disparaître. Suivant Royer-Collard, le son croupal et les caractères spéciaux de la toux seraient dus non seulement au gonflement de la muqueuse et à l'obstruction par la fausse membrane, mais encore au spasme de la glotte, et à ce propos, il note que Portal, expérimentant sur les nerfs laryngés, a observé pendant ses vivisections des cris très aigus [1].

3° La dyspnée est longuement décrite par l'auteur. Très marquée dans les formes rapides du croup, elle est plus progressive dans les formes ordinaires; parfois elle serait très tardive et, par conséquent, il faut savoir se passer de ce symptòme pour constituer de bonne heure un traitement rationnel. Dans les premiers temps, la respiration ne serait gênée que pendant les accès, nocturnes le plus souvent, ainsi qu'il a été vu plus haut. Dans la seconde période, la dyspnée serait continue, mais surtout marquée pendant les accès. Au stade adynamique, elle constituerait le phénomène le plus apparent et prendrait alors une intensité et une gravité extrêmes. L'inspiration deviendrait sonore suivant Jurine, et c'est elle qui, d'après cet auteur, constituerait en réalité le son croupal, opinion que Royer-Collard rejette en partie, prétextant que l'expiration (la toux) présente elle aussi des particularités sonores singulières.

C'est l'asphyxie des malades qui amènerait leur teint violacé, leur pouls petit et misérable, les irrégularités tumultueuses du cœur, puis l'abattement et la somnolence finale. Cependant la dyspnée, comme le mal lui-même, subirait souvent des intermittences d'une durée parfois assez longue.

La gêne de la respiration proviendrait en partie du gonflement de la muqueuse laryngée, de l'obstacle mécanique déterminé par les concrétions muqueuses et pseudomembraneuses; mais elle serait due, principalement pendant les accès, au spasme de la glotte, dont Royer-Collard entrevoit nettement l'importance et qu'il met convenablement en relief.

4° La fièvre aurait été niée par certains auteurs; mais Royer Collard n'est pas de cet avis. Il assigne même à la majorité des cas un mouvement fébrile à caractère inflammatoire, avec pouls

1. C. R. Acad. des Sc. de Paris, 1780.

dur et fréquent, visage rouge et gonflé, chaleur à la peau, moiteur par intervalles[1]. Le catarrhe prédominerait au début et aurait, au stade initial, le caractère d'une fièvre catarrhale ordinaire. « Dans la première période, elle est vive et forte pendant les accès (le thermomètre n'étant pas encore usité, on se basait sur le pouls), faible et souvent nulle pendant les rémissions ; dans la seconde, elle s'élève à son plus haut degré d'intensité et ne quitte plus le malade, même pendant les rémissions ; enfin, dans la troisième, quand les forces tombent et que le malade s'épuise, elle abandonne le caractère inflammatoire et revêt le caractère adynamique. » Du reste, Royer-Collard admet que, chez les sujets faibles ou épuisés, la fièvre peut être si larvée qu'elle échapperait souvent à l'observation. Parfois, elle serait adynamique d'emblée, fait rare mais incontestable.

5° L'expectoration, d'abord peu considérable et du type catarrhal, deviendrait ensuite épaisse et visqueuse, contenant des matières d'une expulsion difficile et qui semblent par leur présence étouffer les malades. Parfois, dès cette période, les malades rendraient des fausses membranes tubuleuses. « C'est surtout lorsque le malade éprouve des vomissements, soit spontanément, soit par l'effet de l'art, que s'opèrent ces singulières évacuations. Presque toujours, elles sont suivies de soulagement, mais elles ne sont point un signe certain de guérison. Au bout de quelques heures, tantôt plus tôt, tantôt plus tard, les symptômes reparaissent ordinairement avec la même intensité et il n'est pas très rare de voir le malade évacuer de nouveau le lendemain des portions membraneuses parfaitement semblables à celles de la veille. »

Comme symptômes *accessoires*, Royer-Collard note une certaine douleur laryngée, accentuée surtout dans les croups violents, un gonflement du cou, plus rare encore que le phénomène précédent, mais dont on aurait rapporté quelques exemples, du vomissement qui ne serait pas constant, même dans les formes inflammatoires du mal, contrairement aux assertions d'Albers de Brême ; le plus souvent, il ne surviendrait qu'à la période d'état et serait alors provoqué par les quintes de toux. Il n'y aurait de rendu que des matières épaisses, visqueuses, consistant en mucus et en fausses membranes, comme il a été vu plus haut

1. Ces différences tiennent à ce que, dans certains cas, la diphtérie est pure et alors peu fébrile ; dans d'autres cas compliqués de pneumococcie ou de streptococcie, la fièvre peut être élevée, comme l'a parfaitement vu Guersant, sans en saisir les raisons. Trousseau montrera qu'en général la fièvre est légère et rémittente.

et non en matières purulentes. Quant à la langue, elle serait recouverte d'un enduit blanchâtre peu épais. En général, l'appétit ferait défaut. Les urines troubles et blanchâtres, auxquelles quelques-uns ont attaché, dit Royer-Collard, tant d'importance seraient loin d'être constantes ou même fréquentes [1]. Il ne serait pas rare, au contraire, d'observer des *hémorragies nasales*, parfois très fortes dès le début du croup; mais elles tiendraient, déclare l'auteur, plus à une disposition individuelle, qu'à la maladie. La somnolence presque constante à la période adynamique apparaîtrait parfois dès le premier stade et pourrait aller jusqu'à l'assoupissement, comme Royer-Collard en a vu un exemple chez un enfant de 8 ans qui guérit néanmoins. Contrairement aux affirmations de Caillac [2] il n'existerait pas d'hyperesthésie sensorielle.

Lésions cadavériques. — L'aspect du corps serait souvent très analogue à celui des individus morts d'asphyxie; mais, c'est dans le canal aérien que seraient concentrées les altérations morbides.

Si le mal a évolué rapidement, le larynx et la trachée sembleraient seuls envahis; mais, dans les cas un peu plus lents, les bronches seraient prises également. Jamais Royer-Collard n'a vu ces dernières atteintes d'une façon exclusive.

Dans le larynx, la fausse membrane, en général assez mince, n'est pas partout continue, tandis que, dans la trachée, on trouverait un véritable tube membraneux moulé sur la cavité de l'organe.

Les bronches, comme il est dit plus haut, seraient parfois envahies mais moins régulièrement que la trachée, les fausses membranes rubanées ou prenant simplement l'aspect de matières visqueuses.

Blanchâtre, molle et facile à détacher ou tenace et résistante, la couenne présenterait dans l'arbre aérien une épaisseur variable suivant les cas et suivant les régions. Parfois, quand le croup est foudroyant, on n'observerait pas de dépôts membraneux véritablement formés. Dans la période adynamique, on ne rencontrerait souvent aussi qu'une matière gluante semi-liquide qui deviendrait plus consistante dans la trachée. Quelques auteurs ayant retrouvé, paraît-il, dans les dépôts membraneux non seulement des végétations sanguines, mais de véritables vaisseaux, ont soutenu, dit l'auteur, que la pseudo-membrane tendait à l'or-

1. Ce n'est que vers le milieu du XIX[e] siècle qu'on reconnaîtra l'existence fréquente d'une albuminurie. Donc, on ne pouvait encore ajouter foi aux rêves des urologistes, qui voyaient partout des troubles dans l'apparence de l'urine.

2. Mémoire sur le croup, 1812.

ganisation; mais ceci serait nié par la plupart de ceux qui se sont occupés de la question. Royer-Collard pense que la fausse membrane tend à devenir un tissu véritable, mais que la transformation n'a pas le loisir de s'achever et il cite à l'appui Albers et Sömmering.

Au-dessous de la fausse-membrane, la muqueuse serait rouge et enflammée.

Plus le mal est ancien et plus il aurait de tendance *à se propager dans les bronches.* « Il est des cas où les divisions les plus ténues sont remplies de cette matière pulpeuse qui est le produit de l'inflammation croupale ».

Il faudrait signaler encore la présence assez fréquente d'épanchements séreux dans les plèvres et de concrétions polypeuses (fibrineuses) dans le cœur. Quant aux viscères gastriques et intestinaux, « ils ne présentent aucune altération particulière ».

Accidents viscéraux dans le croup. — Royer-Collard mentionne à nouveau l'aphonie et la toux persistante après la guérison, mais sans détails nouveaux. Quelquefois il persisterait, après la disparition des accidents, du catarrhe chronique que quelques auteurs auraient pris pour un début de phtisie. « On peut, sans témérité, rejeter cette opinion comme erronée. Toutes les affections de ce genre qu'on cite sont des catarrhes pulmonaires chroniques et non des phtisies ». La pleurésie semblerait parfois avoir des rapports chronologiques incontestables avec le croup. Jurine en aurait cité deux exemples dans son rapport sur le croup, et Portal, un autre, dans le troisième volume de ses mémoires.

Jurine, Vieusseux, Causard, Leroux et Royer auraient vu, au cours du mal, survenir de l'hydrocéphalie interne [1].

On aurait observé un certain nombre de fièvres gastriques et gastro-adynamiques, que Royer-Collard considère comme des événements accidentels, mais qui prouvent bien que certains auteurs considéraient déjà le mal comme d'une nature septique.

Causes du croup. — L'auteur en distingue d'éloignées et d'immédiates. Dans le premier groupe, on peut ranger le jeune âge, le sexe féminin suivant les uns, masculin suivant les autres, les tempéraments sanguins, lymphatiques ou nerveux.

Royer-Collard ne va pas aussi loin que certains adeptes de Home, qui regardaient le croup comme propre à l'enfance; mais il croyait que les autres périodes de l'existence en étaient néanmoins presque exemptes. « Ce n'est pas que les adultes soient entièrement à l'abri de cette maladie, mais elle les attaque si

1. Dans les ventricules.

rarement qu'elle n'en demeure pas moins une maladie de l'enfance[1]. » Dans l'âge adulte, l'inflammation du larynx et de la trachée prendrait constamment le caractère de l'angine inflammatoire de Boerhaave et ce n'est que, par un concours de circonstances extraordinaires, qu'elle y revêtirait quelquefois les formes du croup. Cette prédominance pendant les premières années de la vie tiendrait à l'étroitesse du larynx à ce moment de l'existence, à la richesse et à la susceptibilité extrême du système lymphatique. Royer-Collard ne croit pas à l'influence du sexe ; mais il penche beaucoup pour le lymphatisme qui donnerait un croup lent peu accentué, tandis que le tempérament sanguin amènerait un croup violent et rapide. La vie trop molle et trop sédentaire n'agirait qu'en exagérant le lymphatisme.

Les affections catarrhales (grippe, rougeole) favoriseraient beaucoup le développement du mal.

Comme cause immédiate, il n'y aurait que le froid ou une constitution épidémique spéciale. « Il est des circonstances où le croup se multiplie tout à coup d'une manière effrayante, sans que les causes qui le provoquent ordinairement paraissent sensiblement plus nombreuses et plus actives. » A ce sujet, l'écrivain signale les épidémies alors célèbres de Stockholm, Tubingue, Brême, Genève. Mais il ne saisit pas le caractère infectieux et contagieux du fléau. Il nie même que l'angine gangreneuse et la scarlatine aient une influence réelle sur le développement du mal; il va jusqu'à dire que les meilleurs observateurs ont nié la possibilité de toute transmission.

Croup secondaire. — Les prédécesseurs immédiats et les contemporains de l'auteur avaient fait connaître un certain nombre de cas de croup secondaire. Voici ce que dit l'écrivain sur la diphtérie rubéolique : « C'est là sans contredit la plus fréquente et en même temps la plus remarquable des complications dont le croup est susceptible. L'invasion de cette dernière maladie est toujours brusque et accompagnée dès le principe d'une gêne considérable de la respiration. »

Le mal se montrerait le plus souvent à la période d'éruption de cette fièvre exanthématique, parfois à la période de desquamation. « La fièvre croupale passe alors bien plus rapidement de l'état inflammatoire à l'état adynamique. » D'ailleurs les caractères de l'affection secondaire seraient moins nets et moins violents que d'habitude, bien que le pronostic soit mauvais. La

1. Louis montrera que l'adulte peut très bien contracter le croup, qui n'est donc pas une affection infantile.

diphtérie variolique avait été observée par Cotugno, Reil, Pinel, Vieusseux, Albers et plusieurs autres.

Le croup se développerait progressivement, l'invasion « n'étant jamais ni subite, ni violente ». La toux serait « extrêmement rauque ; la difficulté de respirer excessive, les accès de suffocations effrayants, la toux peu fréquente et l'expectoration presque nulle ». A l'autopsie on ne trouverait que quelques fragments de fausses membranes peu épaisses, diffluentes, très peu adhérentes, ayant en un mot les caractères qu'on assignera plus tard aux dépôts fibrineux de la diphtérie maligne.

Quant au croup scarlatineux : « La scarlatine est rarement bénigne dans cette complication ; presque toujours elle s'y montre avec les symptômes d'une fièvre adynamique et d'une angine gangreneuse réunis. Le croup de son côté y revêt des caractères analogues, de sorte que la maladie qui en résulte est une des plus funestes qui puisse affliger l'enfance. » Albers l'aurait trouvée constamment mortelle.

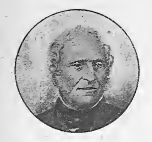
Le croup compliquant la scrofule (ou plutôt les scrofules, cette diathèse n'ayant pas encore été constituée) dont parle l'auteur n'est pas la diphtérie des enfants cachectiques, remarquable par le peu de vivacité de la réaction symptomatique.

Coïncidence de la diphtérie pharyngée avec la diphtérie laryngée. — Quant au croup compliquant les aphtes ou l'angine gangreneuse, il s'agissait manifestement de cas diphtériques ordinaires, peut-être un peu plus intenses que d'habitude et dont les manifestations du côté de la gorge étaient telles que l'observateur le plus distrait ne pouvait les laisser passer inaperçus. Sourd aux idées unicistes de Starr, de Samuel Bard, dans son aveugle dévouement aux idées de Home, Royer-Collard, comme Jurine, comme Albers, ne voit dans ces faits que des coïncidences semblables à celles qu'on observe parfois au cours des fièvres éruptives. « Cette complication, dit l'auteur, ne se rencontre que *trop souvent* et presque toujours elle est mortelle. Les symptômes de l'angine gangreneuse s'y trouvent réunis à ceux du croup et impriment à cette dernière maladie un caractère particulier. La respiration est toujours sifflante et pénible, la toux aiguë et déchirante, mais l'expectoration est presque nulle, la déglutition extrêmement difficile, l'abattement extrême et le pouls d'une petitesse et d'une fréquence extraordinaires. En général le croup ne s'y montre qu'avec les caractères que j'ai assignés à la dernière période, d'où il résulte qu'on ne le reconnaît pour ainsi dire, que lorsqu'il n'est plus possible de le guérir. A l'ouverture de la glotte, on trouve des ulcères gangreneux

non seulement dans les différentes parties de la bouche, mais autour de la glotte (orifice supérieur) et même dans le larynx suivant quelques auteurs. » La fausse membrane apparaîtrait brunâtre, molle, peu adhérente et parfois ne consisterait qu'en quelques flocons albumineux de teinte foncée.

Diagnostic. — La différenciation du mal avec les affections voisines qui pourraient le simuler est très bien faite par l'auteur. Il insiste surtout sur la confusion possible avec le catarrhe suffocant aigu, avec l'amygdalite phlegmoneuse, l'angine gangreneuse et l'angine inflammatoire : cette dernière maladie n'attaquerait que les adultes ; elle s'accompagnerait d'une douleur vive mais ne déterminerait pas dans le larynx de fausses membranes, car elle serait remarquablement sèche. C'est cette sécheresse qui déterminerait son caractère spasmodique. Contrairement à Jurine et à Albers, il ne veut pas qu'on identifie l'asthme thymique de Millar avec le croup. Au fond, on voit que Royer-Collard a en vue la laryngite striduleuse, dont il peint très bien les accès, l'accalmie entre deux crises, l'allure bénigne, etc. A ce point de vue, ce distingué nosologiste, en redressant une confusion alors très fréquente, a rendu à la pédiatrie un service incontestable : quant aux corps étrangers, les anamnestiques, dit-il, la brusquerie du début, la violence de la toux et de l'accès d'étranglement permettent le plus souvent de reconnaître la pathogénie des accidents morbides.

IX. — CRUVEILHIER



Au cours du XVIII[e] siècle, une grande partie des progrès accomplis en médecine l'ont été, comme on le sait, grâce aux investigations nécropsiques. Ceci est vrai, notamment, pour la pathologie laryngée, créée, on peut presque le dire, grâce aux recherches cadavériques de Morgagni, le grand anatomopathologiste. Au XIX[e] siècle, il en fut de même pendant toute la période pré-spécialistique, c'est-à-dire avant l'introduction du miroir qui permit enfin, comme cela avait lieu pour la bouche et l'oro-pharynx, de constater *de visu*, sur le vivant, les lésions en train d'évoluer.

C'est grâce aussi à ce précieux mode d'étude, qu'un Français, Cruveilhier, fit connaître une des formes les plus intéressantes de périchondrite, la nécrose du cartilage cricoïde. Cet auteur ne lui donna point du reste l'appellation sous laquelle le mal est aujourd'hui connu. Il la nomma laryngite sous-glottique [1], parce qu'en effet, une grande partie des phénomènes observés ont, de par leur topographie, leur siège au-dessous des cordes vocales inférieures. Mais, en lisant attentivement l'article du *Dictionnaire en 15 volumes*, où l'écrivain esquisse le nouveau type morbide, on voit qu'aucune erreur n'est possible sur la véritable nature de celui-ci. Bien que l'auteur ait enrichi la pathologie de l'organe phonateur d'un certain nombre de remarques qui ont leur intérêt et même leur importance, c'est surtout parce qu'il a esquissé une des variétés les plus caractérisées et les plus fréquentes de la nécrose des cartilages laryngés, qu'il mérite de fixer ici notre attention.

Périchondrite du cricoïde (laryngite sous-muqueuse de l'écrivain). — Bien que le terme dont se sert Cruveilhier soit un peu

1. Il mettait, d'autre part, celle-ci en opposition avec une affection de tout autre caractère et de toute autre origine, l'œdème de la glotte, qu'il appelle laryngite sous-muqueuse sus-glottique.

fautif, le fait essentiel qui caractérise le processus morbide ne lui échappe point. L'inflammation, dit-il, qui siège au-dessous de la glotte a pour résultat « la nécrose du cartilage cricoïde ». Il admet, il est vrai, avec la majorité des anatomopathologistes de l'époque, que celle-ci dérive, comme pour les autres pièces du squelette laryngé, d'une phlegmasie chronique ; mais il soutient, avec raison du reste, que parfois l'inflammation qui lui donne naissance a une allure plus rapide ; de là une forme aiguë et une forme chronique, bien distinctes l'une de l'autre. Chose intéressante, la première observation sur laquelle s'appuie Cruveilhier pour faire l'histoire de sa laryngite sous-muqueuse avait été rapportée dans une des premières éditions de son traité d'anatomie pathologique, sous l'appellation de nécrose du cartilage cricoïde qui était tout à fait exacte. Il s'agissait d'un jeune Suisse entré à la maison royale de santé, dans le service de Duméril, pour une pneumonie[1]. A peine convalescent, il se plaignit d'une vive douleur au larynx, avec dyspnée, cornage, crises de suffocation, voix et toux croupales. Mort par asphyxie au milieu d'un accès, le quinzième jour des déterminations laryngées. A l'autopsie, on constata une tuméfaction à la partie inférieure de la face postérieure du larynx ; le cartilage cricoïde était dénudé dans les deux tiers environ de sa circonférence, sa gaine celluleuse pleine de pus. Le tissu cartilagineux apparaissait corrodé, perforé et comme aminci. Les cartilages aryténoïdes ne pouvaient plus s'articuler avec les débris de celui-ci. Les muscles du voisinage (aryténoïdiens, crico-aryténoïdiens, thyro-aryténoïdiens) semblaient ramollis, dissociés.

Dans le deuxième cas, les faits évoluèrent d'une façon assez semblable. Au cours d'une entérite folliculeuse (probablement une fièvre typhoïde méconnue), le sujet est pris, au moment de la convalescence, de raucité de la voix, mais sans troubles respiratoires bien apparents, quand, subitement, il meurt au milieu d'un accès de suffocation terrible. Ici, les lésions, peu accentuées du côté du cricoïde existaient surtout du côté de l'aryténoïde droit complètement nécrosé. Il y avait un abcès volumineux à droite, du côté de la glotte. Ce fait n'étant point, par son siège, du ressort de ceux qu'il étudie, l'auteur ne le fait pas ren-

1. On sait que, comme la fièvre typhoïde, un certain nombre de maladies générales, par infection parfois primitive, plus souvent secondaire, s'accompagnent, au cours de leur évolution, de graves perturbations laryngées. D'autre part, on a signalé, dans ces derniers temps, des ulcérations et des nécroses des cartilages du larynx qui étaient dues au pneumocoque. Le cas de Cruveilhier semblerait rentrer dans cette dernière catégorie de faits.

trer dans sa statistique et n'en parle que pour mémoire, à cause de sa similitude étiologique avec l'observation précédente.

Le troisième cas y rentre bien au contraire, mais dépourvu malheureusement d'histoire clinique. Ce fut une surprise d'autopsie. « Un élève des hôpitaux m'apporte un beau cas, dit-il, de perforation de l'œsophage. Quel n'est pas mon étonnement de retrouver trait pour trait la nécrose du cartilage cricoïde, telle que je viens de la décrire, mais moins avancée. Le pus s'était fait jour en arrière et à droite et avait pénétré dans l'œsophage par une ouverture assez large. Pour tout renseignement, je recueillis que ce malade avait succombé à un accès de suffocation analogue au croup. »

Le quatrième cas appartient à Bouillaud qui n'en avait pas reconnu la véritable nature. Il le considérait comme un asthme de nouvelle espèce ayant déterminé la mort par désorganisation complète des muscles dilatateurs de la glotte et de leurs nerfs, tandis que les muscles constricteurs jouissaient en apparence de toute leur intégrité. Le sujet, âgé de 22 ans, convalescent d'une fièvre putride (typhoïde), fut pris d'un enrouement et d'une dyspnée permanente, avec tendance à l'étouffement au moindre effort. Toux râpeuse avec violentes douleurs à la gorge. Le lendemain, cornage bruyant, accès de suffocation effrayants. Le troisième jour, les accès s'exagèrent, le malade meurt au milieu d'un de ceux-ci, le quatrième jour après le début des accidents laryngés. A l'investigation cadavérique, on trouva, en arrière de l'organe phonateur, une vaste poche purulente, de quoi loger une noix, avec dénudation et altération prononcée du cartilage cricoïde. Les muscles crico-aryténoïdiens étaient ramollis et presque verdâtres.

La cinquième observation citée par Cruveilhier fut recueillie par Ripault, interne du service de Bailly et communiquée par lui à la Société anatomique. Elle concerne un individu de vingt-trois ans, sujet au prurigo, qui entra à l'Hôtel-Dieu pour une toux violente avec dyspnée, survenue à la suite d'un refroidissement. A son entrée, crises effrayantes de suffocation qui se renouvelèrent avec une persistance désespérante. Trachéotomie, mort six jours après l'opération, avec des symptômes d'engouement pulmonaire et point de côté droit. A l'ouverture du cadavre, en outre d'en vaste abcès pulmonaire droit avec épanchement pleurétique concomitant, on trouva la paroi antérieure de l'œsophage perforée. Un fragment du cricoïde presque détruit s'était engagé par cette ouverture.

S'appuyant sur tous ces faits cliniques, Cruveilhier, en outre

du siège précis du mal, de la nécrose du cartilage cricoïde, de l'empâtement et de l'infiltration des parties molles voisines, insiste sur les deux modes d'ouvertures possibles : œsophagien ou intra-laryngé. Dans ce dernier cas rentrerait, suivant lui, l'observation, due à Valsalva et rapportée par Morgagni (*Ep.* XV, 13), d'expulsion spontanée de morceaux de cartilage ossifiés et celle de Hunter rapportée par Cruishank (*Anatomie des vaisseaux absorbants*, p. 277), d'après laquelle un individu, qui avait expectoré du pus et du sang plusieurs mois et qui était considéré comme phtisique, fut guéri après avoir craché un corps solide qu'on reconnut pour être la base du cartilage cricoïde calcifié.

Quant au *tableau morbide*, « les symptômes de la laryngite sous-glottique sont tous ceux de la suffocation par rétrécissement du larynx. Les seules différences résultent du siège, le tissu cellulaire sous-muqueux de la région sous-glottique étant moins lâche et par conséquent moins susceptible d'infiltration que celui de la région sus-glottique. La marche de la maladie est donc moins rapidement mortelle : elle peut même se présenter sous la forme chronique, tandis que la laryngite sus-glottique est toujours entièrement aiguë. La topographie du mal explique encore et le siège de la douleur qui occupe la partie inférieure du larynx et la gêne dans la déglutition moindre que dans la laryngite sus-glottique. D'ailleurs, une gêne constante dans la respiration, des accès de suffocation dont la cause réside évidemment dans le larynx, des quintes de toux sifflante avec décomposition des traits et suffocation imminente, la mort pendant un accès, voilà le tableau de la laryngite sous-glottique aiguë. »

Quant à l'étiologie, *la forme aiguë*, souvent secondaire et survenant alors au cours de la pneumonie, de la fièvre typhoïde, par exemple, pourrait sembler due parfois à un refroidissement et paraître primitive. Le seul traitement rationnel serait la trachéotomie.

Tous ces traits seraient affaiblis et l'allure du mal infiniment plus lente dans ce que Cruveilhier appelle la *forme chronique* de la laryngite sous-glottique. Il en rapporte un bel exemple concernant une femme de quarante ans, atteinte manifestement de syphilis tertiaire avec gommes caractéristiques du tibia. La respiration était difficile et la voix altérée. Le traitement spécifique n'amena qu'une amélioration passagère. Des accès terribles de dyspnée survinrent pendant quelque temps à intervalles assez courts ; mort au milieu d'un de ceux-ci. A l'autopsie, on constata que le cricoïde, très induré et très épaissi, était soudé à la muqueuse laryngée, très tuméfiée à son niveau. L'empâtement

avait envahi les cordes vocales inférieures qui étaient méconnaissables. Au centre de ces callosités existait un petit pertuis pour le passage de l'air jusqu'aux poumons.

Œdème de la glotte. — La variété sus-glottique de la laryngite sous-muqueuse de Cruveilhier n'est pas autre chose, comme il le fait lui-même remarquer, que l'*œdème de la glotte*, si parfaitement décrit au point de vue clinique par Bayle, en 1817. L'auteur dit ne s'être pas servi de ce terme, parce qu'il consacrerait une erreur topographique et aussi anatomo-pathologique, l'infiltration des tissus étant d'origine inflammatoire et non hydropique. Nous insistons sur cette origine phlegmasique assignée par lui, dans tous les cas, à l'affection, parce que cette affirmation tranchante et beaucoup trop exclusive, ainsi qu'il est facile de s'en rendre compte aujourd'hui, fit pendant un temps assez long rejeter l'hydropisie comme facteur possible du mal[1]. Pour Cruveilhier, l'apparence souvent fort variable des altérations morbides dépend du stade où la laryngite sous-muqueuse sus-glottique est parvenue chez le sujet dont on inspecte le cadavre. « La mort a-t-elle été très rapide, les bourrelets épiglotti-aryténoïdiens sont mous, tremblotants, demi-transparents. Ils sont formés par une sérosité limpide, infiltrée dans le tissu cellulaire sous-muqueux. La muqueuse est décolorée sans la moindre trace d'inflammation. Il y a œdème dans toute la rigueur de l'acception.

« La mort a-t-elle été moins prompte, le liquide infiltré est séro-purulent; d'autres fois, c'est une sérosité plastique, une pseudo-membrane infiltrée, qu'on ne saurait exprimer du tissu cellulaire.

« Si la malade a succombé moins rapidement encore, ce n'est plus de la sérosité ou un liquide séro-purulent, mais bien du pus infiltré, il y a alors laryngite purulente.

« Si, moins rapidement encore, lorsque par exemple le malade a vécu cinq à six jours, on trouve le pus ramassé en petits foyers dans un ou plusieurs points, les cartilages aryténoïdes privés de leur périoste. La membrane muqueuse présente des escarres blanches, plus ou moins irrégulières et circonscrites par un cercle de vaisseaux. La formation de ces escarres est consécutive, ainsi que le résultat du décollement qu'a subi la muqueuse par suite de l'infiltration du pus : il y a laryngite gangreneuse. »

Bayle avait signalé déjà ces différentes sortes de lésions ; mais d'après lui, celles-ci constituaient des variétés indépendantes de

1. Cependant, Billard avait déjà rapporté quelques cas d'œdème de la glotte de cause hydropique chez les enfants.

l'affection et non des stades consécutifs. Poussé par les tendances de l'époque, Cruveilhier se montra trop synthétique, tout en restant exact dans la grande majorité des cas.

Voici comment il décrit, dans ces cas, l'aspect du larynx. Sa peinture, comme on le verra, est des plus exactes, notamment la prédominance, chez quelques sujets, des lésions dans une moitié du larynx, sans qu'il soit possible de donner de ce fait une explication tout à fait satisfaisante.

« Les replis muqueux épiglotti-aryténoïdiens qui forment les parties latérales de la région sus-glottique du larynx se présentent sous la forme de deux bourrelets volumineux contigus l'un à l'autre, obstruant plus ou moins, mais jamais complètement, le larynx. Le plus souvent, la maladie affecte également ces deux replis ; *dans quelques cas, elle les affecte inégalement* et même peut être bornée à l'un d'eux. Le volume considérable qu'acquièrent ces deux bourrelets s'explique aisément et par la grande quantité de tissu cellulaire interposé aux deux feuillets muqueux, et par la nature de ce tissu qui est essentiellement séreux. Assez souvent la base de la langue[1], le voile du palais, ses piliers et le pharynx participent d'une manière plus ou moins grave à la lésion qui, dans le plus grand nombre des cas, est circonscrite aux replis muqueux épiglotti-aryténoïdiens, au pourtour de l'épiglotte, à la corde vocale supérieure et au tissu cellulaire sous-muqueux qui occupe la face postérieure du cartilage cricoïde. »

L'auteur conclut de ses investigations nécropsiques « que la maladie décrite par Bayle sous le titre d'œdème de la glotte, par d'autres, sous le nom d'angine laryngée œdémateuse, « consiste essentiellement dans une *inflammation du tissu cellulaire sous-muqueux*, que l'état œdémateux n'est pas autre chose que le premier degré de la laryngite sous-muqueuse, qu'il n'y a rien de spécial dans cette maladie dont la gravité tient uniquement à des circonstances de localité ».

Ici, comme en bien des cas, la topographie commanderait le pronostic et la symptomatologie. Tous les phénomènes morbides se comprendraient facilement, si l'on tient compte de celle-ci et de la nature des lésions. « Comme dans le croup, les accès de suffocation s'expliquent par le spasme, qui s'empare des muscles de la glotte, l'intermittence des symptômes, par la cessation des spasmes... La gêne et la douleur que cause la déglutition s'expliquent par les mouvements de l'épiglotte

1. Sestier insistera davantage sur l'œdème de la glotte d'origine pharyngée.

qui ne peuvent s'effectuer convenablement. Du reste, on conçoit que l'inspiration doive être laborieuse, tandis que l'expiration est libre et facile ; car le vide qui s'opère dans le thorax pendant l'expiration a pour résultat le rapprochement des deux bourrelets, qui, comme une soupape, s'opposent, à l'entrée de l'air, tandis qu'au contraire l'air expiré soulève ces bourrelets qui s'écartent pour lui livrer passage. »

Les troubles suivants constitueraient les traits principaux du *tableau morbide* : « 1° raucité de la voix qui s'éteint par degrés et devient aiguë, sifflante, croupale ; 2° sentiment de gêne, de douleur, de constriction, de strangulation, de la présence d'un corps étranger volumineux à la partie supérieure du larynx ; 3° respiration gênée, douloureuse et bruyante pendant l'inspiration, libre et facile pendant l'expiration ; 4° toux rauque, sifflante, convulsive ; 5° accès de suffocation plus ou moins rapprochés et tellement intenses que le malade saute hors du lit, comme pour échapper à une asphyxie imminente. Pendant l'accès, la face se décompose avec une effroyable rapidité ; elle devient pâle ou violacée ; elle exprime l'effroi. Toutes les puissances inspiratrices sont en jeu pour appeler l'air dans le poumon. Le malade prend instinctivement l'attitude la plus favorable et évite le plus léger mouvement... Sueur froide, visqueuse, pouls petit, serré, fréquent. Le malade peut périr dans l'accès qui dure de deux à cinq minutes[1]. » En dehors de ces accès spasmodiques, la respiration paraîtrait beaucoup moins pénible tout en restant gênée[2]. L'accès pourrait être subit et emporter le malade, comme l'individu cité par Tulpius, qui se mit à suffoquer en plein festin avec des grimaces si étranges qu'on crut à un jeu tout d'abord. Souvent les phénomènes sembleraient, au début, ceux d'une simple laryngite, puis le mal se caractériserait, au bout de quelques jours d'une sécurité trompeuse. Dès que l'affection est franchement déclarée, l'évolution serait rapide et le plus souvent ne dépasserait pas cinq jours.

Mais parfois, et surtout chez les syphilitiques, celle-ci aurait une marche infiniment plus lente[3] et méritérait l'appellation de chronique.

1. Inutile de faire remarquer combien le tableau est dramatisé et ses traits accusés. En réalité, il n'en est pas toujours ainsi, lorsque le malade est déjà épuisé par une maladie générale, le collapsus empêchant la réaction symptomatique de s'accuser suffisamment.

2. Si les replis aryténo-épiglottiques sont modérément tuméfiés, sinon, l'obstacle mécanique restant stable, la dyspnée est permanente.

3. Bayle avait déjà noté cette forme. Trousseau et Belloc la mettront mieux en relief.

Le *diagnostic* ne serait pas toujours des plus aisés, malgré les particularités tranchées assignées à la symptomatologie. En effet, beaucoup des phénomènes morbides seraient réalisés par les corps étrangers de l'organe phonateur; mais ici, les commémoratifs ne seraient pas les mêmes. Le croup, assez semblable aussi, se rencontrerait dans l'enfance et non à l'âge adulte comme la laryngite œdémateuse sus-glottique ; d'ailleurs, sans compter les différences qui existent entre les deux affections, le traitement, dit Cruveilhier est sensiblement le même, puisque, dans les deux cas, il faut recourir à l'intervention chirurgicale. L'examen du thorax permettrait de constater facilement l'existence d'un accès d'asthme. L'exploration ee larynx par le sthétoscope ne donnerait pas des bruits locaux comme dans la laryngite sous-muqueuse sous-glottique. Mais le mal serait beaucoup plus difficile à différencier d'un anévrisme de la crosse de l'aorte avec double paralysie des nerfs récurrents. Chez un malade, Cruveilhier était sur le point d'intervenir, car le sujet présentait aussi de la raucité de la voix. L'examen attentif du cœur, des gros vaisseaux, la longue durée de la dyspnée permettront, dit-il, habituellement de dissiper tous les doutes. L'inspection directe et l'exploration par le doigt fourniraient souvent des éléments de diagnostic très importants. Mais l'auteur avoue que les malades supportent difficilement le toucher, parce qu'il réveille les accès; « le doigt de l'observateur, introduit à la hâte, apprécie difficilement les bourrelets molasses qui cèdent sous son action ».

L'angine, les inflammations de la base de la langue, les laryngites graves et d'un caractère phlegmoneux, mais surtout la tuberculose et la syphilis seraient les causes habituelles de l'affection, qui surviendrait parfois aussi sous l'influence de causes légères pendant la convalescence de fièvres graves. Le mal étant de nature phlegmasique, il faudrait recourir d'emblée au traitement antiphlogistique le plus énergique, tel que la saignée poussée jusqu'à la syncope. On parviendrait ainsi à faire avorter des laryngites sous-muqueuses bien nettes, comme l'auteur l'a constaté à plusieurs reprises[1]. Cruveilhier préconise soit le tubage à la façon de Desault, soit la laryngotomie qu'il ne faudrait pas exécuter d'une façon trop tardive[2]. Quant aux scarifications pro-

1. C'est surtout parce qu'ils étaient préoccupés du traitement à appliquer que Bouillaud et Cruveilhier ont combattu si vivement les idées pathogéniques de Bayle.

2. Louis, de l'ancienne académie de chirurgie, recommandait déjà de ne pas faire la trachéotomie *in extremis*. Desault disait aussi qu'agir ainsi c'est se priver de ses meilleures chances de succès.

posées par Lisfranc, leur intérêt lui paraît purement théorique : « je doute que cette opération ait jamais été pratiquée ».

Phtisie laryngée. — Abordant ensuite la difficile question de la phtisie laryngée et des problèmes ardus qu'elle soulevait dès les premières années du XIX[e] siècle, l'auteur se demande si le mal n'est qu'une vulgaire phlogose, ou si l'inflammation chronique devient pour la phtisie un terrain favorable d'évolution ? D'autre part, la phtisie laryngée peut-elle être primitive et non secondaire, comme cela semble s'observer en clinique ?

L'écrivain penche pour la première idée : « Toute laryngite chronique, dit-il, négligée ou mal traitée, peut devenir ulcéreuse ; j'ai vu les individus les plus vigoureux et les moins prédisposés succomber victimes de cette maladie[1]. »

Néanmoins, cette conception anatomopathologiste, par trop simpliste et empreinte d'un physiologisme grossier, à la Broussais, ne pouvait satisfaire un observateur de la valeur de Cruveilhier. Aussi, ajoute-t-il comme correctif : « Toutefois, nous devons dire que, chez les individus disposés aux tubercules pulmonaires, la maladie marche avec bien plus de rapidité. » Les folliculites, les aphtes sont l'origine, pense-t-il, d'ulcérations laryngées à siège très superficiel, parfois très nombreuses, ainsi qu'il l'a constaté quelquefois.

Comme plus tard Trousseau et Belloc et ainsi que la plupart des nosologistes contemporains, l'auteur confond les différents processus chroniques vénériens ou non de phtisie laryngée avec la tuberculose. Sa description symptomatique, assez courte, repose, semble-t-il, plutôt sur des conceptions théoriques que sur l'observation minutieuse des faits. Cependant, la toux superficielle sèche, quinteuse, pénible, les troubles de la voix, la dysphagie sont assez bien exposés. Confondant, comme il a été dit, le mal avec différents processus chroniques, de nature bien différente, l'auteur, ainsi que les nosologistes de son époque, se montre moins pessimiste que l'ont été beaucoup de ses successeurs immédiats, bien qu'il conclue à une terminaison fatale chez le plus grand nombre des malades.

Les lésions macroscopiques sont décrites assez sommairement, mais bien caractérisées, notamment la déchiqueture des cordes vocales et la périchondrite du cricoïde.

A cette période du XIX[e] siècle, on s'efforçait encore, comme l'avait fait Cayol, de distinguer la phtisie laryngée de la phtisie

1. Ceci est vrai pour certaines formes galopantes, en apparence primitives.

trachéale. Quant à la nature vénérienne ou tuberculeuse des lésions considérées, elle n'est pas même esquissée. Il faut faire remarquer, du reste, que l'article de dictionnaire[1] de Cruveilhier, par ses dimensions, forcément très réduites, prêtait peu aux discussions encore nuageuses.

Rien de bien spécial à dire de la façon dont l'écrivain a tracé l'histoire de la *laryngite aiguë*, dont il reconnaît deux variétés principales : la catarrhale et la pseudo-membraneuse. Il semble accorder, dans certains cas, à la première de celles-ci une gravité analogue à celle du croup, parce qu'il confondait probablement certaines formes graves de catarrhe aigu avec notre laryngite phlegmoneuse actuelle. Quoi qu'il en soit, que l'inflammation soit phlegmoneuse ou diphtérique, le danger serait à peu près le même et résiderait en une obstruction mécanique des voies aériennes [2].

Pas plus que la majorité de ses collègues des hôpitaux ou de la Faculté, Cruveilhier ne s'est encore rallié franchement à l'idée de la diphtérite, maladie générale, conception que Trousseau développera un peu plus tard[3].

Voici pour les symptômes : « Le caractère commun de toutes les laryngites est l'altération de la voix qui devient rauque, voilée, grave lorsque l'inflammation a peu diminué les dimensions de la glotte, éteinte même lorsque le rétrécissement est plus considérable. A ce symptôme qui est pathognomonique se joignent les phénomènes suivants : sentiments de gêne, d'embarras et de douleur au larynx, douleur excitée ou du moins augmentée par une pression latérale exercée sur le cartilage thyroïde, toux laryngée incommode, douloureuse, quelquefois convulsive, avec effort de timbre exagéré de la voix, d'abord sèche et sans matière ; elle est bientôt accompagnée d'une expectoration muqueuse transparente, puis opaque et muco-purulente. La respiration est plus ou moins gênée, surtout quand le premier temps de l'inspiration est sifflant. La déglutition est plus ou moins douloureuse, indépendamment de toute inflammation du pharynx. »

1. Ne comprenant que quinze volumes.
2. Nous avons déjà insisté autre part sur l'unanimité avec laquelle on professait ces vues mécanistes d'une simplicité trompeuse.
3. Il faut aussi se souvenir que l'article de Cruveilhier était presque contemporain des premières communications de Bretonneau sur la diphtérie.

X. — GRISOLLE.



Le chapitre consacré par Grisolle à la nosologie laryngée est relativement très court et assez peu original [1]; l'auteur s'inspire des travaux des contemporains, notamment de Cruveilhier, dont il accepte la classification, sans y ajouter beaucoup par ses remarques personnelles. Cependant, çà et là, il constate certaines particularités qu'il est bon de rapporter. Ainsi, il ne pense pas, comme beaucoup[2], que la douleur provoquée soit un phénomène bien important; car il dit ne l'avoir constatée que quelquesfois. Par contre, il insiste, dans la laryngite aiguë, sur la fréquence relative du timbre croupal de la voix, enrouement exacerbé qui ferait penser au croup et inquiéterait beaucoup l'entourage. Il y aurait très souvent de la dysphagie, attribuable à ce que l'épiglotte, en s'abaissant pendant le passage des aliments, comprime des tissus enflammés.

Grisolle admet, à côté de la forme habituelle, une variété plus grave [3], exceptionnelle, qui serait caractérisée par l'exacerbation des symptômes précédents et qu'il ne paraît pas regarder comme une entité particulière. L'auteur note la dyspnée continue avec accès, le timbre éteint de la voix, le sifflement laryngé souvent perceptible à distance et en tout cas par l'auscultation laryngée, la congestion de la face, la teinte bleuâtre des lèvres. La mort serait assez fréquente avant le huitième jour; mais, d'ordinaire, il y aurait terminaison favorable, malgré l'intensité du tableau morbide.

L'écrivain consacre un paragraphe spécial à l'*épiglottite* qu'il

1. Nous le donnons, comme celui de Hardy et Béhier, surtout parce qu'ils sont caractéristiques des tendances générales à une certaine période du XIXe siècle.

2. Ex. : Bouillaud, Cruveilhier et surtout Valleix.

3. Rilliet et Barthez avaient déjà esquissé la forme légère et la forme grave des laryngites simples.

décrit surtout d'après Dezeimeris (tome IV du journal *l'Expérience*).

Il y aurait, dans cette affection, sensation de corps étranger au niveau de l'os hyoïde. Le timbre de la voix serait le plus souvent modifié. On noterait parfois une gêne respiratoire (quand l'œdème gagne les replis). La dysphagie semblerait très marquée.

En faisant ouvrir largement la bouche et en abaissant fortement la langue, on apercevrait le cartilage gonflé, semblable à un pénis en érection.

La marche du mal serait essentiellement aiguë. Grisolle admet, avec quelques-uns des nosologistes de l'époque, une sorte d'enchifrènement de la glotte, semblable à l'enchifrènement congestif du nez, déterminé, dans les deux cas, par un changement brusque de température et, dans les deux cas aussi, pouvant se dissiper en quelques heures. Ce ne serait pas une vraie phlegmasie de l'appareil vocal.

Pour la *laryngite striduleuse*, Grisolle pouvait s'appuyer sur d'excellents modèles: Bretonneau et Guersant; cependant, contrairement à ces auteurs, il tend à assimiler l'asthme thymique de Kopp et de Wichmann avec l'entité morbide qu'il décrit. En tout cas, le début ne serait pas aussi brusque, aussi subit qu'on le suppose généralement[1]. Pendant un, deux ou trois jours, il y aurait coryza, larmoiement, enrouement, un peu de toux. L'écrivain insiste aussi sur l'affaissement et la pâleur des petits malades après l'accès qui est parfaitement décrit. Les spasmes laryngés et les quintes ne seraient pas du reste constamment nocturnes, parfois les accès seraient *diurnes* et alors le mal paraîtrait moins intense que dans le cas précédent. Contrairement à Bretonneau et à Guersant, Grisolle admet que quelques cas se termineraient par la mort[2].

D'autre part, le mal pourrait se compliquer d'une pneumonie croupale, d'une bronchite, qui passent souvent inaperçues au début mais qui plus tard emporteraient souvent les malades. Enfin, dans certains cas, on observerait des récidives multiples[3] prouvant qu'il y a une véritable prédisposition à la laryngite striduleuse. Tout ceci assombrirait le pronostic qui, sans cela, serait très bénin.

Discutant la nature de l'affection, Grisolle croit que l'intermittence est due, non à l'élément nerveux spasmodique, mais à une congestion transitoire récidivante et comme à bascule, qui lui permet d'éliminer *un quid ignotum* toujours dommageable par l'incertain qu'il mettrait dans la pathogénie.

1. Voir, dans l'article de Blache, ce qui concerne le spasme laryngé.
2. On en connaît quelques-uns actuellement, mais ils sont très rares.
3. Chez les adénoïdiens.

Le tableau morbide du *croup* est remarquablement esquissé, avec beaucoup de clarté, d'ordre et même de pittoresque ; mais il était impossible d'être nouveau sur ce sujet, déjà parfaitement traité par tant de maîtres éminents tels que Bretonneau, Guersant, Trousseau, sans compter les médecins de maladies d'enfants. Disons ici que l'auteur ne veut admettre que deux périodes au lieu des trois classiques, l'une caractérisée par les symptômes de début, l'autre par l'oppression et l'asphyxie. Grisolle insiste peu sur les formes lentes, le mal étant pour lui essentiellement aigu, ne dépassant guère un septenaire et pouvant tuer en deux ou trois jours, quelquefois même en six ou douze heures (croup foudroyant).

Si dans les *premières éditions* de son traité, Grisolle passe sous silence les paralysies, il les mentionne dans les éditions suivantes et en donne même un historique assez soigné. Il a insisté, après Guersant, sur les récidives du croup qui s'expliquent facilement aujourd'hui par la persistance remarquable du bacille diphtérique.

L'auteur reconnaît qu'après Bayle il est bien difficile d'écrire quelque chose de bien nouveau sur *l'œdème de la glotte.* « Cependant il est juste de signaler quelques bons travaux publiés depuis cette époque ; ils sont dus à Thuillier, Bouillaud, Lisfranc, Cruveilhier, Millar, Legroux, Delasiauve, Valleix. Enfin Sestier, réunissant à peu près tous les faits connus au nombre de 275, dont 15 inédits, a composé sur cette redoutable maladie une monographie dans laquelle toutes les questions sont discutées et élucidées d'après une analyse rigoureuse. » C'est cet écrivain qui, en somme, lui sert dans les éditions ultérieures de son modèle, bien qu'il utilise assez souvent le mémoire de Valleix. Comme Chomel et Blache, il n'a jamais pu utiliser avec succès le toucher digital du larynx préconisé par Thuillier, à cause du spasme du pharynx et de la tendance invincible aux nausées.

Grisolle ne dit que quelques mots de la *laryngite sous-glottique œdémateuse* qu'il emprunte, bien entendu, à la description de Cruveilhier, devenue classique. « Dans la plupart des cas la maladie survient sans cause déterminante appréciable, bien que, dans la majorité des cas, l'origine de l'affection soit inflammatoire ».

Dans les *éditions récentes*, Grisolle ne pense plus que la laryngite chronique simple puisse aboutir aux ulcérations ; il croit, comme Valleix, que l'allure est en quelque sorte toujours spécifique. Ainsi, dans la forme aiguë, on les verrait à la suite de la morve, de la fièvre typhoïde, parfois de la variole, dans la forme

chronique, de la tuberculose ou de la syphilis. Il n'aurait jamais vu de processus nécrotiques en dehors de ces affections, malgré plus de trente-cinq ans où il pratiqua sans relâche les autopsies. « Je ne nie pas absolument[1] la possibilité des ulcérations primitives idiopathiques ; je dis seulement qu'elles sont rares, tellement rares que lorsqu'on les rencontre sur les cadavres, ou qu'on les soupçonne sur le mort, il faut supposer l'action de quelques-unes des causes générales que j'ai précédemment signalées. » C'était aller contre les données les plus formelles de Broussais. Il est vrai que les beaux temps du physiologisme étaient définitivement passés.

Comme résultat de la cicatrisation, l'auteur signale des rétrécissements par rétractilité du tissu nodulaire, mais sans indiquer l'origine syphilitique de ces sténoses[2].

Barth et aussi Trousseau et Belloc lui servent pour la description clinique des symptômes morbides, du reste assez rapidement esquissée, où il confond encore cliniquement du moins, au point de vue de la réaction locale, ce qui appartient à la laryngite chronique simple[2] et ce qui revient à la laryngite ulcéreuse. Celle-ci se caractériserait surtout par des phénomènes généraux.

Le diagnostic de la laryngite chronique, en somme, serait simple ; mais il n'en serait pas de même de la différenciation de la forme anatomique. Les antécédents, les commémoratifs lui paraissent, dans ce cas, d'un grand secours.

1. Roux avait publié un mémoire remarquable sur le sujet.
2. Trousseau pensait en avoir réuni quelques exemples indiscutables.

XI. — GUERSANT



L'article *croup* de Guersant, dans le *Dictionnaire de médecine pratique* se distingue par l'excellence de sa doctrine, qui attaque résolument la théorie dualistique des partisans de Home, pour lui substituer l'opinion uniciste soutenue par Bretonneau et par ses élèves, puis par la description approfondie, minutieuse même, qu'il fait de toutes les particularités de la terrible maladie.

Dès le début, il rattache nettement celle-ci au mal syriaque d'Arétée, au garotillo des médecins espagnols du XVIIe siècle, au morbus strangulationis de leur contemporain Marc Aurèle Séverin et au male in canna des populations italiennes et siciliennes de la même époque. L'auteur s'est manifestement inspiré du travail historique si complet sur l'angine gangreneuse de Fothergill, assignant bien entendu à la diphtérie ce que celui-ci attribuait faussement à la scarlatine. Néanmoins, il ne s'agit pas ici d'une simple reproduction, Guersant se montrant beaucoup mieux informé sur certains points, notamment sur le rôle de Baillou. Il attribue du reste faussement à Marc Aurèle Séverin la découverte de la fausse membrane laryngo-trachéale, celle-ci ayant déjà été signalée par divers observateurs espagnols et siciliens. Il n'en résulte pas moins que l'écrivain se rend parfaitement compte de la parenté qui existe entre la diphtérie ordinaire de son temps et la diphtérie maligne des siècles passés, mettant probablement sur l'exagération de praticiens effrayés par l'allure des accidents asphyxiques certains symptômes qui cadraient mal avec un état morbide dont toute la gravité viendrait, croyait-on alors, de l'obstruction mécanique des voies respiratoires.

On verra, du reste, plus loin, que Guersant ne s'en tient pas tout à fait à cette conception d'une simplicité tant soit peu grossière et que parfois il accorde au mal une acuité et une gravité

toute spéciale. « Cette dénomination écossaise, employée d'abord par Home pour désigner une inflammation aiguë du larynx et de la trachée-artère, caractérisée par la prompte formation d'une fausse membrane, est devenue un nom populaire, maintenant généralement adopté par les médecins de tous les pays et commun à toutes les langues. C'est la même maladie que le garotillo des Espagnols et le male in canna des Italiens. Les auteurs lui ont assigné une foule de noms scientifiques différents, qu'on peut considérer comme synonymes. Les principaux sont ceux-ci : *strangulatorius affectus* (Carnevale), *cynanche stridula* (Wahlbaum), *morbus strangulatorius* (Starr), *suffocatio stridula* (P. Home), *angina stridula* (Crawford), *angina suffocativa* (S. Bard), *angina polyposa seu membranacea* (Michaelis), *cynanche trachealis* (Cullen), *tracheitidis infantium* (Albers), *angina laryngea exsudatoria* (Hufeland), *diphtérie trachéale* (Bretonneau). Le croup n'est certainement point une maladie nouvelle[1] ; mais les passages des auteurs les plus anciens, qui paraissent lui appartenir, sont d'autant plus obscurs pour la plupart de nos auteurs modernes que ces premiers observateurs ont décrit les symptômes de l'angine gangreneuse et du croup, tels qu'ils se rencontrent le plus souvent dans la nature ; c'est-à-dire réunis en se succédant comme des degrés différents d'une même maladie. C'est ce qu'on reconnaît très bien dans la belle description de l'ulcère syriaque, par Arétée. Il présente une peinture fidèle des altérations qu'on peut apercevoir dans le pharynx, et décrit avec une admirable vérité les phénomènes de cette pénible asphyxie[2], qui termine le plus souvent cette fâcheuse maladie ; mais, dans l'impossibilité où il était, et où on a été pendant longtemps[3] après lui, d'ouvrir les cadavres, il n'a pas dû connaître les véritables causes de cette mort par strangulation. Cependant il est évident, par la description même d'Arétée, que les malades succombaient dans cette

1. Comme le soutenaient les partisans de Home.

2. Arétée fait bien plus ressortir les symptômes d'infection que ceux d'asphyxie, trouble sur lequel les contemporains de Guersant avaient les yeux beaucoup trop fixés.

3. Seuls, les Ptolémées avaient permis à leurs médecins d'ouvrir des cadavres, pour y reconnaître les altérations qui avaient pendant la vie déterminé les symptômes observés. Bien plus tard, Frédéric II, empereur d'Allemagne, autorisa cette coutume. Carnevale nous dit l'appréhension des médecins devant la colère des familles, lors des autopsies médico-légales, quand le fléau éclata en Sicile. Du reste, les praticiens mettaient beaucoup de négligence, généralement, jusque vers le temps de Bonnet et de Morgagni, à pratiquer des investigations cadavériques.

maladie, alors comme aujourd'hui, et de la même manière. Ce n'est toutefois qu'en 1576 que Baillou, dans la septième note qu'on trouve à la fin de la constitution de cette année (page 148, tome I, *édition de Genève*), parle le premier, d'après un chirurgien, d'une espèce de fausse membrane trouvée dans la trachée-artère d'un enfant qui avait succombé à une maladie promptement suffocante, alors inconnue, parce qu'on n'avait pas, sans doute, pensé à la rapprocher de l'angine gangreneuse. Cette maladie régnait cependant, presque à la même époque, d'une manière épidémique, en Espagne et en Italie, où elle moissonnait beaucoup de malades. Toutes les descriptions des auteurs du temps, Carnevale, Nola, Heredia, Mercatus, Marc Aurèle Séverin, etc., s'accordent parfaitement. Tous les malades périssaient comme suffoqués « instar laqueo suffocati ». Personne cependant, autre que le chirurgien dont parle Baillou, n'avait encore constaté de lésions cadavériques, et Morgagni s'indigne avec raison de cette indifférence. Marc Aurèle Séverin, seul parmi tous les médecins qui avaient eu occasion d'observer cette terrible maladie, avait ouvert un cadavre, et, en parlant du résultat de ses recherches, il dit: *larynge investigata, contecta erat pituita quidam crustacea, citra ulceris speciem*. Cette observation anatomique était toutefois restée inaperçue, comme celle du chirurgien de Baillou, quand Ghisi, pendant l'épidémie d'angine gangreneuse qui régnait à Crémone en 1747, ayant constaté la présence d'une fausse membrane dans le larynx de l'enfant du pharmacien Scott, mort de cette épidémie, eut le premier l'idée de distinguer ce mode de terminaison, comme une maladie particulière qu'il désigna sous le nom d'angine perfide et mortelle, pour la séparer de l'angine gangreneuse ordinaire qui ne se termine pas par suffocation [1].

« Jusque-là, tous les observateurs n'avaient vu qu'une seule angine gangreneuse [2]. L'erreur de Ghisi entraîna celle de la plupart de ses successeurs. On oublia, pour ainsi dire, les altérations du pharynx dans l'angine gangreneuse pour ne plus voir que celle du larynx. Le mémoire de Home, en donnant beaucoup

1. Ghisi, assez imprécis, n'est pas aussi affirmatif que le pense Guersant. D'ailleurs, même en Angleterre, Starr n'admettait pas cette distinction. Si Home l'effectua, c'est que celui-ci, peu érudit, croyait vraiment avoir affaire à une affection toute nouvelle, propre à l'enfance. Fothergill, en attribuant l'angine gangreneuse à la scarlatine, contribua beaucoup aussi à la confusion.

2. Parce qu'ils ne connaissaient que la diphtérie maligne, où le croup ne joue qu'un rôle secondaire.

d'importance à la distinction de Ghisi[1] et en assignant le nom vulgaire de croup à cette maladie, détourna de plus en plus les médecins de la route de la vérité. Néanmoins, le travail de Home fut très utile, comme l'a fort bien remarqué Deslandes; car il donna, le premier, une bonne description de la maladie. La monographie de Michaelis confirma de plus en plus les médecins dans les idées de Ghisi et de Home. Plusieurs ouvrages plus ou moins remarquables furent publiés sur le même sujet, principalement au commencement de ce siècle, à l'occasion du concours proposé par le gouvernement français sur le croup et les travaux de Vieusseux, de Jurine, de Schwilgué, d'Albers de Bremen, de Double, de Royer-Collard contribuèrent beaucoup, sans doute, à mieux faire connaître le croup considéré isolément. Néanmoins, on s'était éloigné du vrai point de départ, on avait perdu de vue la tradition des anciens. Johnston avait bien dit que l'angine maligne et le croup étaient des maladies de la même nature. Starr et Double avaient pensé que ces maladies étaient souvent réunies, mais la plupart des médecins rejetaient les idées de Johnston[2]. Bretonneau, à l'aide d'excellentes observations rapprochées des documents historiques les plus authentiques, a maintenant dissipé tous les doutes à cet égard. Il a démontré que l'angine maligne épidémique n'est point de nature gangreneuse, comme on l'avait cru jusqu'alors, que c'est une véritable inflammation pelliculaire semblable à celle du croup. Il a pensé que ces deux altérations morbides, considérées à tort comme très différentes, sont identiques sous le rapport de l'anatomie pathologique et ne diffèrent que quant au siège qu'elles occupent. Enfin, il a établi d'une manière incontestable que l'angine gangreneuse et le croup se sont presque toujours présentés réunis dans toutes les épidémies d'angine maligne dont ont parlé les anciens[3] auteurs et les modernes, comme elles l'ont été dans celles de Tours et des pays voisins qu'il a eu l'occasion d'observer. »

Malgré tant de travaux antérieurs, Guersant avoue que la question du croup reste encore embrouillée, surtout du fait qu'on n'en distingue pas suffisamment des affections qui présentent avec la laryngite pseudomembraneuse quelques analogies symptomatiques, mais qui pour tout le reste en diffèrent complètement. Ce sont l'asthme thymique ou asthme de Millar et la laryngite stridu-

1. Celui-ci l'ignorait ; il ne cite pas cet auteur.
2. Guersant oublie ici Samuel Bard, de New-York, dont le rôle en cette circonstance fut considérable.
3. L'auteur ici encore force un peu les textes.

leuse appelée par lui faux-croup dans un travail antérieur. Des expériences mal faites sur les animaux avaient confirmé les partisans de Home dans leurs conceptions *a priori*. Ils avaient observé qu'un acide en contact avec le larynx produit, suivant son degré de concentration, tantôt une lésion simple, catarrhale, tantôt une pseudomembrane, de telle sorte que le croup et le pseudo-croup ne seraient que des modalités différentes de la même maladie. Voici quelle est la réponse de Guersant : « Quoique l'action d'un agent chimique et celle d'une cause organique spontanée soient peu comparables, ces observations prouvent seulement ce que l'observation prouve tous les jours, c'est qu'une même cause peut donner lieu à des effets très différents, suivant l'état particulier des individus sur lesquels elle agit [1]. Ainsi une même boisson glacée, prise par plusieurs personnes en sueur donnera à l'un une simple aphonie, à l'autre un rhume, à un troisième une laryngite très grave, etc. Ces maladies, toutefois, ne sont pas pour cela semblables. Ce sont de ces vérités que personne ne peut contester. » Guersant fait, à ce propos, une concession assez grave aux partisans de l'hypothèse dualiste et analogue à celle qu'émet Trousseau au sujet de certaines angines simples survenues pendant des épidémies de croup, dépourvues de fausses membranes, et que cet auteur regarde néanmoins comme produites par le poison de la diphtérie. Ajoutons que les recherches bactériologiques récentes, en effet, prouvent que le bacille de Lœfler peut déterminer parfois de l'inflammation simple non fibrineuse, donnant ainsi raison à Trousseau et à Guersant, tout en laissant intacte la doctrine de la spécificité étiologique dans les deux cas. « Nous sommes donc très convaincus que les croups couenneux et non couenneux sont produits par les mêmes causes; car nous les retrouvons dans les mêmes circonstances, dans les mêmes épidémies; mais l'identité des causes ne peut suffire pour établir une similitude entre les symptômes morbides, entre les altérations organiques qui s'y rapportent, et par conséquent entre les moyens thérapeutiques qui leur conviennent, car c'est là le point très important de la question. » Et plus loin, continuant à s'ap-

1. Ceci se voit aussi pour l'infection quelle qu'elle soit ; mais, en outre du terrain invoqué par Guersant, il faut tenir aussi compte du degré variable de virulence des microbes qui, quand elle est très intense, paralyse les réactions antimicrobiennes et antitoxiques. On doit aussi faire état du nombre de ces microbes. Quoi qu'il en soit, il semble actuellemeut impossible de classifier les maladies infectieuses par la nature même du germe infectieux, d'autant plus que des microbes différents produisent souvent des lésions fort analogues. Le facteur étiologique n'a donc pu détrôner les facteurs cliniques et anatomo-pathologiques.

puyer victorieusement sur la clinique, Guersant continue ainsi : « La confusion qu'on prétend établir entre des maladies incontestablement différentes, sous prétexte qu'elles sont nées des mêmes causes, entraîne à des conséquences d'autant plus graves qu'elles réclament des traitements différents, comme nous le ferons voir, et que par conséquent les méprises peuvent avoir ici les résultats les plus fâcheux[1]. »

Quoi qu'il en soit des laryngites diphtériques non pseudomembraneuses, dont Guersant s'exagère singulièrement la fréquence, l'auteur part de ce point de vue pour distinguer une forme croupale caractérisée par des dépôts fibrineux et une forme non croupale (laryngite striduleuse de Bretonneau).

Croup véritable. — La première constituerait les croups vrais. Il assigne à ceux-ci une uniformité d'aspect qui montre bien que Guersant n'avait guère observé que des croups sporadiques et qu'il ignorait, sinon théoriquement, du moins pratiquement, la diphtérie maligne. Il commence sa description nosologique par cette phrase passablement inexacte : « Dans les épidémies générales ou partielles et même dans la plupart des croups sporadiques, la malade se présente presque toujours sous les mêmes formes et suit à peu près la même marche, à quelques différences près. »

Au point de vue de la marche, on peut, dit l'auteur, reconnaître trois périodes distinctes, le mal pouvant s'arrêter aux deux précédentes et ne point aboutir à la troisième.

Début. — Dans la plupart des cas (19 fois sur 20, suivant Guersant), on observerait des accidents pharyngés très reconnaissables avec un peu d'attention, avec douleur des parties antérieures du cou et gonflement plus ou moins considérable des ganglions sous-maxillaires. Le plus souvent il y aurait, concomitants à ces phénomènes locaux, des symptômes généraux caractérisés par de légers frissons suivis de plus ou moins de fièvre. « Le pharynx, qu'il faut toujours se hâter d'explorer dans toutes les espèces d'angines et plus particulièrement encore dans celle-ci, offre ordinairement une rougeur manifeste avec plus ou moins de gonflement aux amygdales, et plus généralement d'un côté que de l'autre. Mais ce qui doit surtout attirer l'attention, ce sont les petites plaques blanches que l'on observe sur les tonsilles, le voile du palais, la luette et quelquefois toutes ces

1. Broussais pensait, au contraire, que le traitement de la laryngite pseudomembraneuse devait être celle d'une laryngite ordinaire, un peu plus intense que d'habitude, la fausse membrane n'apparaissant que quand on n'avait pas pu arrêter la maladie dans ses premiers stades.

parties à la fois.» Et, à ce propos, Guersant résume, en quelques phrases, la description qu'il a donnée de ces lésions à l'article angine pseudo-membraneuse de ce même dictionnaire, revenant sur l'*écoulement fétide des narines*, la fréquence de la rhinite diphtérique ne lui ayant pas échappé.

Cette première période durerait 4 à 5 jours, quelquefois 7; parfois l'évolution serait infiniment plus rapide.« Mais, dans quelques cas où la maladie marche avec une grande violence et envahit principalement le larynx, à peine comprend-elle l'espace de 24 heures; les deux premières périodes semblent alors se confondre. »

Période d'état ou 2e période. — La participation du larynx s'annoncerait « par des quintes de toux de courte durée, à des intervalles plus ou moins rapprochés, et qui s'accompagnent, dès le début, d'aphonie et de phénomènes de suffocation ». La *toux* aurait une allure toute particulière et en quelque sorte pathognomonique pour ceux qui ont eu déjà l'occasion de l'observer. Ce n'est ni l'aboiement d'un chien, ni le cri du coq, comparaisons inexactes et qui en donneraient une idée très fausse, confondant en un type unique le croup et la laryngite striduleuse. « La toux dans la laryngite couenneuse n'est pas sonore et éclatante comme dans la striduleuse : elle est, au contraire, rauque, sourde, sèche et comme rentrant dans le larynx. Elle paraît presque comme étouffée par une inspiration brusque et plus ou moins profonde ; chaque secousse de toux est suivie d'une inspiration courte, sèche et sifflante, comme si l'air passait dans un tube métallique. Indépendamment de ce sifflement court et prononcé qui se remarque à la suite de chaque secousse de toux, on observe toujours, dans l'intervalle des quintes, un sifflement laryngo-trachéal, à chaque inspiration, qui s'entend très bien à distance et qu'on perçoit encore mieux en appliquant le sthétoscope ou l'oreille à nu sur le trajet de la trachée ou à la partie postérieure du thorax. Il est ordinairement tellement fort qu'il masque complètement le bruit de l'expansion vésiculaire qu'il est impossible de reconnaître. » Cette quinte amènerait de la gêne et parfois une douleur véritable dans le larynx. L'anxiété du malade serait accusée. Il s'élance « sur son séant et semble saisi d'un sentiment de suffocation qui n'est pas en rapport avec la courte durée de la quinte ».

Quant aux *perturbations vocales*, elles seraient aussi importantes et aussi caractéristiques que le phénomène précédent. « La voix n'est pas simplement enrouée, comme dans l'angine striduleuse; elle est éteinte. Le malade est presque complètement aphone

et le timbre de sa voix a quelque chose de métallique comme la toux. Chaque mot est suivi d'un petit sifflement très court, de telle sorte que l'articulation des mots semble se former dans les inspirations, ce qui donne à la voix un peu des caractères de celle des ventriloques, quoiqu'elle soit beaucoup plus basse et plus faible. » La gêne de la respiration et l'asphyxie qui en résulte amèneraient « des troubles de l'hématose (teinte violacée des lèvres, bouffissure, pâleur et lividité de la face) que ne parvient pas à enrayer l'accélération des mouvements respiratoires. »

La perturbation nerveuse serait peu accusée. « Le malade est disposé à la somnolence et à la tristesse. On n'observe jamais ni du délire, ni des mouvements convulsifs, même chez les enfants. » Les quintes amèneraient assez souvent du vomissement chez les jeunes sujets, ce qui diminue la dyspnée et ramène un peu de gaieté. Cependant le petit malade garderait le silence, sentant bien que l'usage de la parole ramènerait une crise.

Terminaison ou 3e période. — La guérison quoiqu'assez rare s'observerait quelquefois. « Lorsque le croup tend à se terminer d'une manière favorable, les intervalles entre les quintes se rapprochent, la toux est moins sèche, le pharynx se remplit de mucosités transparentes et le malade régurgite ou expectore des crachats visqueux, transparents ou opaques, mêlés de petits lambeaux membraneux. On voit cependant quelquefois de longs intervalles de calme, après l'expectoration de lambeaux membraneux, suivis de nouveaux accès de suffocation promptement funestes. »

La mort, bien plus fréquente, terminerait la 3e période qui s'établirait au bout d'un temps parfois très court (24 heures), plus souvent au bout de 4 à 5 jours, parfois dans les formes lentes au bout d'un septénaire. Cette phase ultime du mal est caractérisée, dit Guersant, par l'accroissement de tous les symptômes. « L'aphonie est presque complète, les quintes de toux sont rares et absolument sèches. Le sifflement laryngo-trachéal très sec, métallique, sonore, se fait entendre à une très longue distance. Les inspirations sont très accélérées et presque aussi bruyantes que chez les asthmatiques. Tous les muscles qui concourent à la respiration sont dans une contraction convulsive. Le pouls très fréquent et parfois irrégulier est en rapport avec la respiration. La face est pâle, les lèvres violettes et la tête renversée en arrière. Dans ce dernier degré de la maladie, l'assoupissement est presque continuel et le malade n'en sort que quand il est tourmenté par les angoisses de la suffocation qui sont presque toujours provoquées par la toux. Alors il

s'agite avec effort pour respirer, ou se levant sur son séant, le corps renversé en arrière et couvert de sueurs. Quelquefois le pauvre petit malade porte sa main à la partie antérieure du cou, comme pour arracher quelque chose qui l'étouffe. D'autres fois, il s'élance de son lit, court quelque peu pour chercher l'air qui lui manque et retombe par peur dans une crise de suffocation. » Parfois la scène des derniers moments serait moins mouvementée et moins dramatique. « Si les malades ont été fort affaiblis par des maladies antécédentes ou par un traitement très débilitant (saignée des partisans de Broussais), les affres de l'agonie ne sont pas accompagnés de ces signes d'agitation et de violente strangulation. Les malades s'éteignent alors par degré dans une sorte d'asphyxie calme et sans crise. » Ce que Guersant met sur le compte de l'épuisement, il aurait pu, avec plus de raison, l'attribuer à l'intoxication suraiguë des diphtéries secondaires, si souvent caractérisées par un caractère infectieux des plus accusés; mais la diphtérie maligne lui échappe comme à ses contemporains, il ne voit que l'obstacle mécanique.

L'auteur revient ensuite sur une série de points d'importance secondaire, mais présentant néanmoins quelque intérêt. Ainsi, il admet, quand il y a guérison, que le malade se débarrasse de ses fausses membranes (cause de tous les accidents, suivant les nosologistes de l'époque) *non seulement par expuition mais encore par résorption progressive*, qui se produirait couche par couche.

Il examine ensuite les *cas de croup qui n'ont pas été précédés d'une angine*. Ceux-ci seraient en somme exceptionnels, quoi qu'on ait autrefois soutenu juste le contraire. Il en aurait vu cependant quelques faits bien authentiques, notamment celui-ci. « Une petite fille atteinte de pneumonie lobulaire, ayant été prise d'une toux sèche et croupale, attira de suite mon attention. L'examen du pharynx, fait avec le plus grand soin et à plusieurs reprises, ne me fit apercevoir aucune espèce d'altération. Mais l'isthme du pharynx étant très large chez cette enfant, je pus, en abaissant la langue, facilement observer la glotte et la surface de l'épiglotte, et pendant trois ou quatre jours que la petite malade lutta contre cette maladie, il me fut facile de me convaincre que la fausse membrane s'étendait progressivement des bords de la glotte sur la surface supérieure de l'épiglotte. A l'ouverture du cadavre, nous trouvâmes que les concrétions pelliculaires occupaient les bronches principales, la trachée et le larynx jusqu'à la surface convexe de l'épiglotte où elles s'arrêtaient. »

L'envahissement des bronches dans toute leur étendue était

bien connu des anatomopathologistes de l'époque. « Dans quelques cas, elle se prolonge (la fausse membrane) dans une partie des grosses bronches, et quelquefois même dans les dernières ramifications, tantôt sous une forme tubulée, tantôt sous celle de rubans plus ou moins étroits et presque linéaires. » L'adhérence sauf en haut serait assez faible. On trouverait parfois des points rouges que les écrivains du temps prenaient pour des vaisseaux en train de s'accroître, dans les fausses membranes en voie d'organisation. Cette transformation des exsudats fibrineux, en présence de l'imperfection des notions histologiques de la période que nous étudions, n'avait rien qui pût choquer. Le fait aurait été vu, en outre de Guersant, par Blache et par Soemmering. L'épaisseur, la consistance, l'adhérence de ces fausses membrânes dans le larynx, la trachée et les bronches, sont étudiées avec beaucoup de détails.

Croups intermittents. — Les croups intermittents, c'est-à-dire récidivants au bout d'un temps plus ou moins long, n'ont rien qui puisse nous étonner actuellement, depuis que nous savons que le bacille de Lœffler persiste longtemps après la guérison apparente de ses accidents. Les faits de ce genre avaient été mis surtout en relief par Jurine; mais les observations alléguées par lui semblaient plutôt se rapporter à des catarrhes laryngo-bronchiques avec voix croupale, comme on en voit de temps à autre. C'est ce qu'objecte Guersant. Parfois cependant, dit celui-ci, il s'étend un certain temps entre la première et la seconde période, simulant une intermittence dont l'écrivain fournit plusieurs exemples. Même lorsque le croup est confirmé, l'intermittence se produirait parfois, bien que la voix ne soit pas alors entièrement libre. Les accidents ne cesseraient pas complètement, ce ne serait qu'une sorte de rémission, « due sans doute à ce que, les membranes n'étant pas encore flottantes dans la trachée ne se détachent qu'en partie par les secousses de la toux ».

Croups chroniques. — Les croups chroniques sont rejetés par l'auteur, et ceci de propos délibéré. « On a donné ce nom à des trachéites et bronchites pseudomembraneuses qui sont des maladies très différentes du croup ou à des maladies chroniques qui se sont terminées plus ou moins promptement par des espèces de croups adynamiques.

Complications digestives. — La *propagation à l'œsophage* n'aurait jamais été observée par Guersant qui l'aurait vue cependant plusieurs fois dans l'estomac ? « Les entérites et les entéro-colites si frappantes chez les enfants compliquent quelquefois le croup ; mais je n'ai pas remarqué qu'elles prennent le caractère

pseudomembraneux que je viens d'indiquer dans la gastrite. »

Complications pulmonaires. — Comme nous l'avons vu plus haut, l'envahissement de l'arbre aérien était bien connu des cliniciens et des anatomopathologistes de l'époque. « Les auteurs, dit Guersant, n'ont pas assez insisté sur la complication du croup avec les pleuro-pneumonies et les pneumonies mortelles ou mamelonnées (lobulaires). Ces complications sont cependant très fréquentes et ajoutent encore à la gravité de la maladie. »

Complications nerveuses et rénales. — Elles sont complètement passées sous silence ; car on les ignorera jusque vers 1850.

Diphtérie secondaire. — Guersant signale la diphtérie secondaire des fièvres exanthématiques (rougeole, variole, scarlatine), mais sans y insister suffisamment, sauf peut-être pour la dernière, à propos de laquelle il admet la possibilité de gangrène.

Diagnostic. — Celui-ci est tracé de main de maître et avec toute l'abondance que réclamait la question. Il esquisse successivement et avec beaucoup de détails la façon de différencier le croup de la laryngite striduleuse, de l'œdème de la glotte, de certaines affections pulmonaires, etc.

Étiologie. — L'auteur étudie le croup épidémique, mais surtout le croup sporadique, tel qu'on l'entendait de son temps. Il s'étend, sans remarques bien originales, sur l'influence du milieu familial, sur celle du climat humide, sur la prédilection du mal, sinon pour les nouveau-nés (on n'en connaissait que quelques exemples), du moins pour les jeunes sujets, sur le rôle du sexe, le masculin étant spécialement frappé d'après les statistiques de Bretonneau et de Trousseau et enfin sur la gravité variable du mal suivant les localités. La phlegmasie pseudomembraneuse ne serait pas du reste la seule cause de mort. Il s'y joindrait, en effet, un autre élément tout aussi important qui serait le spasme de la glotte. Or celui-ci ne serait pas proportionnel dans son intensité avec l'inflammation. C'est ce spasme qui amènerait les rares cas de mort de la laryngite striduleuse.

Traitement. — Sans craindre d'exaspérer l'inflammation et d'aggraver le mal, comme les partisans de Broussais le disaient aux adeptes de Bretonneau, Guersant se hâtait de cautériser la région pharyngée avec l'acide hypochlorique, dès que les plaques blanches apparaissaient à l'isthme. Parfois il n'hésitait pas à porter dans le larynx jusqu'à la glotte une éponge imbibée de nitrate d'argent. Les substances caustiques, étant en même temps des antiseptiques puissants, avaient donné quelques suc-

cès, dont les promoteurs des nouvelles doctrines s'exagéraient la fréquence. Du moins, ceux-ci rejetèrent en grande partie les émissions générales de sang, accusées par eux d'augmenter la débilité des malades. Guersant affirmait n'en avoir tiré aucun bon effet chez les enfants et ne les recommandait que chez certains adultes pléthoriques. L'emploi des mercuriaux, ces microbicides avérés, lui auraient apporté, par contre, des secours inespérés, sous forme principalement de frictions sur la peau. Les expectorants et les vomitifs seraient utiles en favorisant le décollement des fausses membranes. En désespoir de cause, Guersant recommande la trachéotomie que Desault et Dupuytren avaient tentée déjà dans plusieurs circonstances. Mais il n'a guère confiance dans cette intervention que Trousseau n'avait pas encore vulgarisée. « Cette opération très difficile et qui exige une grande dextérité ne pourrait au reste être tentée avec quelque probabilité de succès que lorsque les concrétions membraneuses sont bornées à la glotte, ce qui est le cas le plus rare, ainsi qu'on l'a vu plus haut en parlant de l'anatomie pathologique. » Comme on le voit, Guersant avait parfaitement vu la cause des échecs longtemps si nombreux qui viennent attrister tant d'interventions paraissant au début, *à priori* pleines de promesses.

XII. — HARDY ET BÉHIER





Dans un traité même assez développé, les maladies d'un organe ne peuvent jamais tenir beaucoup de place ; cependant le chapitre qui leur est consacré est parfois autre chose qu'un résumé impersonnel. Il peut contenir çà et là des vues originales et faire preuve, en tout cas, de tendances intéressantes. Il peut aussi se faire l'écho des idées régnantes en pathologie générale, car celles-ci ont sur la nosologie une influence évidente. C'est à ce point de vue que nous avons cru devoir étudier l'excellent ouvrage de Hardy et Béhier.

Suivant ces auteurs, les *lésions inflammatoires aiguës* de la muqueuse de l'appareil vocal seraient sensiblement les mêmes que celles des organes voisins. La rougeur allant du rose pâle au violet foncé et comme vineux se présenterait sous la forme de points ou de plaques. Dépolie, privée en certains endroits de son épithélium, la muqueuse serait recouverte d'un liquide très adhérent, peu abondant et visqueux[1], parfois strié de sang et pouvant même présenter dans certains cas un aspect puriforme. Épaissie d'une façon variable, elle paraîtraît souvent boursouflée, du moins en certains points. Quand le gonflement est véritablement accentué, ceci serait dû à la propagation de l'inflammation au tissu cellulaire sous-jacent. A un degré plus avancé, on pourrait, disent les deux écrivains, rappelant encore les affirmations de Rilliet et Barthez, rencontrer un certain degré de ramollissement et même des ulcérations superficielles[2]. Andral, qu'ils citent à cet effet, avait supposé que les nombreuses petites glandes de la région étaient aussi l'occasion parfois de petits pertes de substance arrondies (ulcères folliculaires). La variole grave, comme facteur d'ulcère laryngé, est mentionnée mais regardée comme exceptionnelle : « Rarement la laryngite simple aiguë se termine par suppuration. »

1. Le peu d'abondance et l'adhérence des exsudations laryngées avaient été signalés déjà par les auteurs du XVIIe et du XVIIIe siècle.

2. L'existence des ulcères inflammatoires a été l'objet de contestations fort vives ; affirmée hardiment par les anciens nosologistes, on a fini par l'admettre tout en la déclarant exceptionnelle.

Parmi les *symptômes*, Hardy et Béhier notent parfois une certaine gêne, pendant la déglutition, des aliments solides tant soit peu volumineux. Ils signalent aussi la petite toux sèche et quinteuse, propre à l'affection, si fréquemment déterminée par la parole ou par le froid; elle serait très fatiguante et presque croupale. Les crachats peu abondants sembleraient formés de mucus transparent, auquel se mêlent quelquefois des stries de sang ou de pus. Tout ceci n'aurait pas beaucoup d'importance ; ce qui en présenterait davantage, ce serait l'altération caractéristique de la voix[1], « qui est le plus souvent cassée, enrouée ou couverte, quelquefois plus grave ou plus aiguë, d'autres fois presque éteinte ». La sensation de corps étranger, parfois fort gênante, est signalée avec soin ; quant à la respiration, on ne noterait rien de ce côté, sauf quand il y a spasme, ce qui serait fréquent chez les enfants (laryngite striduleuse). Le sifflement laryngo-trachéal pourrait alors s'entendre à distance. Dans les formes graves, la dyspnée serait continue ou simplement intermittente. Quant aux symptômes généraux, ils seraient en rapport avec l'intensité de l'affection le plus souvent légère, mais parfois fort grave ; ce qui s'observerait surtout chez les enfants[2]. On verrait survenir alors de l'anorexie, un malaise général, de la fièvre, de l'accélération du pouls, de l'injection des yeux devenus saillants, de la tuméfaction et de la rougeur de la face, puis sur viendraient de graves phénomènes asphyxiques. « Dans cette période heureusement fort rare, on observe quelquefois des convulsions et du délire. »

Quant à l'*évolution* de la laryngite aiguë, « la maladie débute ordinairement sans prodromes. Dans quelques cas graves, elle s'annonce par un malaise général, un frisson, puis de la fièvre ; viennent ensuite les phénomènes locaux ». Les deux formes du mal, la légère et la grave[3], auraient une évolution sensiblement différente. « La laryngite aiguë ne durerait d'habitude que trois ou quatre jours, mais se prolongerait parfois jusqu'à deux ou trois septénaires. La laryngite grave évoluerait tout aussi rapidement. « Les phénomènes d'asphyxie surviennent souvent dès le troisième ou quatrième jour. » Le pronostic de cette forme grave serait très fâcheux.

Bien qu'ils confondent son histoire dans celle de la laryngite aiguë habituelle, Béhier et Hardy consacrent un petit paragraphe

1. Dans la période gréco-romaine (Galien), on s'était rendu compte de la valeur pathognomonique de ce symptôme.

2. Non seulement à cause du croup, mais à cause du retentissement des pyrexies exanthématiques propres à cet âge sur l'organe.

3. C'est la classification toute clinique de Rilliet et Barthez.

spécial à la *laryngite striduleuse* ou faux croup, bien mise en lumière par Bretonneau et par Guersant. Le diagnostic, traité d'une façon assez sommaire, n'offre ici rien de spécial.

A propos de la *laryngite chronique*, égarés encore, comme la plupart de leurs contemporains, par les idées de Broussais sur les phlegmasies chroniques, admettant avec lui, que les phlegmasies prolongées peuvent aboutir à l'ulcération et à la destruction des parties lésées, ne sachant pas encore microscopiquement différencier des processus morbides en réalité fort différents, parce que l'histologie était encore dans l'enfance, trompés par les affirmations des anatomopathologistes de l'éqoque, Hardy et Béhier regardent la laryngite chronique, les ulcères et la phtisie laryngée comme des affections similaires et tout au plus comme des phases différentes d'une même affection. Cependant des voix divergentes[1] commençaient à se faire entendre, peu écoutées encore du reste par la majorité des nosologistes. « Quelques auteurs ont voulu voir dans la forme ulcéreuse une maladie toute spéciale et en ont fait une espèce à part, ne considérant dans ce cas l'inflammation du larynx que comme un élément peu important de la lésion, ne devant pas suffire pour caractériser la nature de la maladie. C'est vrai pour les ulcérations laryngées qui se rapportent à une infection syphilitique et qui, soit par leur cause spéciale, soit par leur origine qui est probablement une pustule ou une escharre, s'écartent évidemment de l'inflammation. Mais pour les autres, on ne peut se ranger à cette manière de voir, et tout en acceptant les faits de fréquente coïncidence de tubercules pulmonaires, chez les malades atteints de phtisie laryngée, on ne peut méconnaître le caractère phlegmasique de la lésion du larynx ». Rappelant l'historique tout récent du mal (thèses de Laignez, Sauve, Pravaz, les recherches de Louis et d'Andral mais surtout la remarquable monographie de Trousseau et Belloc, l'excellent travail clinique de Lhéritier et les intéressantes recherches de Barth sur les ulcérations des voix aériennes (*Archives générales de médecine*, 1839, V, p. 137), Hardy et Béhier tracent un tableau animé et fortement documenté de la laryngite chronique de l'époque, c'est-à-dire de la phtisie laryngée. Nous insisterons peu sur leur description des altérations morbides fort bien conduite, mais n'offrant, en somme, rien de bien original; disons cependant qu'ils ont su faire ressortir d'une façon toute spéciale les lésions de périchondrite et l'envahissement des

1. Valleix et Barth, par exemple. Andral et Louis avaient déjà montré par leurs recherches anatomo-pathologiques que l'ulcère est rare dans les phlegmasies simples du larynx.

articulations des cartilages laryngés, sur lesquelles, du reste, Cruveilhier avait déjà attiré nettement l'attention de ses contemporains. Les deux auteurs ne se prononcent pas sur l'existence alors très controversée des tubercules laryngés, analogues à ceux que l'on retrouve dans les poumons[1].

Le premier et le plus constant symptôme du mal serait l'altération de la voix allant du simple enrouement à l'aphonie complète. Il serait très rare que les malades ne toussent pas (certains syphilitiques); la toux petite, sèche pourrait conserver ce caractère pendant tout le cours de la maladie; mais elle deviendrait ordinairement humide quand la maladie fait des progrès. « Chez quelques malades, elle est très fréquente et très fatigante; ils croient toujours avoir un corps étranger qu'ils cherchent à expulser au moyen d'efforts continuels. La toux est rauque, haute, stridente, ou bien éteinte et comme rentrée. Trousseau l'a observée avec une forme particulière qu'il appelle éructante ». Quant à l'expectoration, « quelquefois nulle, elle est ordinairement peu abondante. Les crachats, quand ils existent, sont petits, transparents, visqueux et composés de matières muqueuses. Plus tard, ils sont plus abondants et formés de pus. On y trouve des stries de sang ou du sang pur, des débris de cartilages ». La douleur allant d'une simple gêne à une douleur pénible, la dysphagie surtout sont bien mis en lumière d'après l'excellente peinture de Trousseau et Belloc.

Confondant des affections fort différentes dans un unique syndrome, Hardy et Béhier, ainsi que leurs contemporains, ne pouvaient avoir les mêmes idées que nous sur la marche et le pronostic de la phtisie laryngée. Ils déclarent qu'elle guérit parfois assez facilement, que son évolution varie beaucoup d'après les malades. Mais ils savaient que, le plus souvent (et ceci se comprend, puisque la plupart des phtisies laryngées d'alors étaient tuberculeuses), la mort est l'aboutissant ultime par consomption, asphyxie ou lésions à distance. Quant au diagnostic, dès que le mal serait suffisamment caractérisé, il serait assez facile.

A propos de l'*œdème de la glotte*, Hardy et Béhier adoptent, contrairement à Bayle, le véritable fondateur de cette entité morbide, l'origine inflammatoire des lésions, que Bouillaud et Cruveilhier avaient défendue avec le talent que l'on sait, opinion

1. Rappelons ici que Louis niait l'existence de tubercules laryngés, suivi en cela de la plupart des anatomo-pathologistes. Andral avait parlé de tubercules; mais, ici, le mot est pris dans le sens de petite masse saillante et il pensait, en réalité, à une inflammation glandulaire, non à un produit spécifique. Le caractère réactionnel accentué des lésions chez les malades, l'abondance des crachats, etc., firent croire que la phlegmasie secondaire avait une toute autre importance que celle qu'elle possédait en réalité.

partagée par la généralité de ses contemporains et qui est exacte du reste dans la grande majorité des cas[1]. Les deux auteurs font une étude assez détaillée de l'historique de la question, citant tour à tour Morgagni, Lieutaud, Bichat, Bayle, etc.

Les lésions anatomiques sont exposées par les deux écrivains avec leur concision et leur clarté habituelles ; mais, comme il fallait s'y attendre sur un sujet déjà si fouillé, sans détails bien nouveaux.

Persuadés que le mal se rattache, dans la grande majorité des cas, à des lésions profondes, étendues et de longue durée[2], les deux auteurs font la part un peu trop belle aux phénomènes prodromiques. « L'ancienneté des lésions indiquées rend compte de la manière dont débute l'œdème de la glotte. L'altération de la voix débute et dure des mois, des années, avec douleur au larynx, etc. » Plus rarement le mal serait précédé, seulement pendant quelques jours, par les signes d'une angine ou d'une laryngite aiguë. Les phénomènes propres à l'affection sont, ici, plutôt énumérés qu'approfondis. Les deux auteurs rapportent, d'après Trousseau, que la gêne à l'inspiration et le sifflement à ce moment de l'expansion thoracique seraient parfois moins fréquents et moins caractéristiques qu'on ne l'a dit. Comme phénomènes généraux, on n'aurait guère que des troubles asphyxiques. La guérison serait possible, bien que la mort constituât la terminaison de beaucoup la plus fréquente.

Le diagnostic est assez écourté. Hardy et Béhier ne parlent pas de l'exploration digitale, qui avait autrefois, cependant, attiré l'attention générale, mais dont les difficultés, comme les dangers, n'échappaient plus aux cliniciens (voir Blache).

1. Bouillaud lui-même rappelle la possibilité de cause hydropigène mentionnée par Billard. Blache y croyait aussi, mais à titre tout à fait exceptionnel.

2. Bayle, Andral, Bouillaud, Cruveilhier avaient admis déjà que des lésions ulcéreuses, des nécroses des cartilages du larynx peuvent déterminer de l'œdème de la glotte; mais c'est Trousseau et Belloc qui ont surtout mis en lumière l'œdème de la glotte des tuberculeux.

XIII. — P. LOUIS



Clinicien minutieux et avisé, habile anatomo-pathologiste, ayant un des premiers appliqué à la médecine les procédés de la statistique, qui, bien employée, donne ici également des résultats excellents, Louis a joué, comme ailleurs, un grand rôle en nosologie laryngée pendant la période que nous étudions.

Nous passerons sous silence ses recherches sur le croup, parce qu'après l'école de Bretonneau, il n'y avait plus rien à faire en ce domaine [1].

Nous n'insisterons pas non plus sur les altérations morbides qu'il a signalées du côté du larynx au cours de la fièvre typhoïde, dans son traité de la dothiénentérie [2].

Nous n'étudierons, en somme, ici, que ce qu'il a écrit sur *les ulcérations du larynx chez les tuberculeux*, parce que c'est là ce qu'il a fait d'essentiel, et que, par là, il a exercé sur ses contemporains une influence incontestable en ce qui concerne la manière d'envisager la phtisie laryngée.

Il a d'abord fait ressortir, après Andral, que les lésions de cet ordre du larynx, de la trachée et des bronches, ne s'observaient guère que chez les tuberculeux ou chez les syphilitiques, déclarant que l'inflammation simple ne leur donnait naissance que d'une façon exceptionnelle, contrairement aux affirmations de Broussais et de ses adeptes. Puis, il a affirmé que leur origine n'était cependant point spécifique et qu'on ne rencontrait jamais, dans l'organe phonateur ou la trachée, la granulation grise de Laennec.

Suivant lui, ce seraient les crachats provenant des cavernes tuberculeuses, où ils fermentent en quelque sorte, qui, par leurs propriétés irritantes, détermineraient à la suite de leur passage répété à travers le larynx les altérations qu'on rencontre dans la phtisie de cet organe.

1. Cependant Louis prouve, par une observation célèbre, que le croup pouvait frapper l'adulte et n'était pas par conséquent une maladie spéciale à l'enfance, comme le prétendaient les partisans de Home.

2. Les renseignements qu'il fournit sur ce sujet sont sommaires et de même nature que ceux de Rilliet et Barthez.

Voici ce qu'il avait noté, en observateur et statisticien minutieux, sur les lésions de l'épiglotte. Il aurait observé les ulcérations de ce fibro-cartilage « sur dix-huit sujets, à peu près dans la sixième partie des cas, et cinq fois sans comcomitance avec celles du larynx et de la trachée-artère.

« Dans les autres cas, cette complication existait; de manière que tous les exemples d'ulcérations énumérés dans ce paragraphe et les deux précédents, ont été recueillis sur quarante-quatre sujets, ou environ les quatre dixièmes de ceux dont j'analyse maintenant l'histoire.

« Quelquefois superficielles, les ulcérations de l'épiglotte avaient ordinairement une certaine profondeur, sans néanmoins (à deux exceptions près) reposer sur le fibro-cartilage. Superficielles, la membrane muqueuse qui les environnait ne paraissait pas sensiblement épaissie; profondes, elle était un peu plus dure et plus épaisse que dans l'état naturel, soit à leur pourtour, soit dans leur intervalle. Quelquefois aussi, elle avait une couleur rose, et, dans plusieurs cas, le tissu qui la sépare du fibro-cartilage était plus ou moins boursouflé.

« Les ulcérations existaient, comme je l'ai déjà dit, presque uniquement à la face laryngée de l'épiglotte, et, le plus ordinairement, dans sa moitié inférieure.

« Une seule fois, j'en ai rencontré quelques-unes à la face linguale (obs. XX). Leur largeur était de deux à quatre millimètres, souvent plus; dans quelques cas même, la membrane muqueuse de l'épiglotte manquait dans toute l'étendue de sa face laryngée (obs. VIII, XXII, XXIII); dans d'autres, on trouvait, avec les ulcérations, le fibro-cartilage détruit dans une partie de sa circonférence, et alors l'épiglotte semblait comme festonnée. J'ai observé cette disposition chez quatre sujets. Un cinquième m'a fourni l'exemple d'une destruction complète de l'épiglotte (obs. XXI). »

Voici comment il s'exprime à propos de *l'absence de tuberculose véritable :* « Je n'ai rencontré dans aucun cas des granulations tuberculeuses dans l'épaisseur ou à la surface de l'épiglotte, du larynx ou de la trachée-artère; en sorte qu'il faut considérer l'inflammation comme la cause efficiente la plus fréquente des ulcérations qu'on y observe.

« Un autre fait qu'il importe de remarquer, c'est que ces ulcérations étaient beaucoup moins communes chez les femmes que chez les hommes, dans la proportion d'un à deux. Ainsi, bien qu'en nombre égal, les femmes n'offraient pas six exemples de cette lésion à l'épiglotte, sept au larynx et neuf à la trachée-

artère, sur dix-huit, vingt-trois et trente et un cas de cette espèce; et, comme la proportion est à peu près la même pour les trois ordres d'ulcérations, il est plus que probable qu'elle n'est pas l'effet du hasard.

« Ces propositions sont confirmées par l'examen d'un assez grand nombre de nouveaux faits recueillis par moi, depuis la première édition de cet ouvrage.

« Sur cent quatre-vingt-dix sujets dont l'autopsie a été faite avec soin, soixante-seize, plus que le tiers, offraient des ulcérations le long de la trachée-artère ; et sur ces cent quatre-vingt-dix sujets, quatre-vingt femmes comptaient vingt et un cas d'ulcération, un quart environ, et cent dix hommes, cinquante-cinq, ou moitié.

« Sur cent quatre-vingt-treize cas dans lesquels le larynx a été examiné minutieusement, on comptait soixante-trois exemples d'ulcérations de cet organe, ou moins du tiers.

« Sur ces cent quatre-vingt-treize cas, il y avait quatre-vingt femmes, cent treize hommes, et, parmi les premières, dix-neuf cas seulement d'ulcération, ou un peu moins du quart, et parmi les hommes, quarante-quatre, ou un peu moins du tiers.

« Sur cent trente-cinq sujets dont l'épiglotte a été décrite, trente-cinq seulement, ou le quart, offraient des ulcérations de cet organe; et, de ces cent trente-cinq sujets, quarante-sept femmes comptaient huit cas d'ulcération, ou un sixième et quatre-vingt-sept hommes, vingt-sept, ou près du tiers.

« Il résulte de ces nouveaux faits, comme des premiers, que les ulcérations du conduit aérien vont en se multipliant de l'épiglotte [1] aux poumons; qu'elles sont beaucoup plus communes chez l'homme que chez la femme; et que l'existence de cette loi dont le chiffre peut encore varier assurément doit être considérée aujourd'hui comme parfaitement démontrée.

« L'influence du sexe sur le développement des ulcérations du tube aérien se révèle encore par d'autres faits; ainsi, pour ne parler que des plus récemment observés, sur neuf cas d'ulcération avec destruction plus ou moins considérable de l'épiglotte, on en comptait huit chez les hommes; sur treize cas d'ulcérations profondes du larynx, deux seulement ont été fournis par les femmes; sur neuf cas de semblables ulcérations de la trachée, trois appartenaient aux femmes ; et, chez aucune d'entre elles, on n'observait la destruction partielle des canaux de la trachée-artère. »

1. Ici Louis était en contradiction avec ses prédécesseurs et ses contemporains.

Signalant le cantonnement spécial des ulcérations, il affirme que les rapports intimes qu'on note entre celui-ci et la topographie des excavations pulmonaires, prouve *le rôle pathogénique prépondérant des crachats.*

« Les derniers faits sont aussi une preuve nouvelle et décisive de l'influence exercée par la matière de l'expectoration sur le développement des ulcérations qui nous occupent; car, leur siège ayant été noté avec précision dans vingt des vingt-deux cas dont il s'agit, il s'est trouvé que dans tous, sans exception, les ulcérations avaient lieu dans les seules bronches qui communiquaient avec les excavations, et avec les plus considérables d'entre elles, quand il en existait plusieurs : c'est-à-dire qu'il n'y eut d'ulcérations que dans les bronches qui avaient dû être, et qui avaient été nécessairement en contact, pendant un temps plus ou moins considérable, avec la matière contenue dans les cavernes. On doit d'autant moins hésiter à admettre la proposition dont il s'agit, qu'en l'admettant, on explique sans peine comment les ulcérations du tube aérien diminuent de fréquence à mesure qu'on s'éloigne des bronches ou des cavernes, puisque la matière de l'expectoration fournie par celle-ci séjourne d'autant plus sur la muqueuse aérienne, qu'on s'éloigne moins de sa source. C'est d'ailleurs un fait bien établi, qu'il n'y a de violemment enflammées, chez les phtisiques, que les bronches qui communiquent avec des excavations et dans leur voisinage, et ce fait vient encore à l'opinion de la proposition qui nous occupe. »

Les symptômes varieraient suivant le point occupé, l'étendue et la profondeur des ulcérations; il cite quelques cas démonstratifs touchant l'influence de ces facteurs morbides et sur le mode de réaction de l'organe.

L'enrouement existait dans les quatre cinquièmes des sujets observés. La dysphagie apparaîtrait surtout quand l'épiglotte est intéressée.

Le pronostic est regardé par Louis comme d'autant plus mauvais qu'il considérait la phtisie laryngée comme une résultante forcée de la période ultime de la tuberculose pulmonaire, ainsi qu'il a été dit plus haut, cet auteur, par ses idées pathogéniques spéciales, ayant été amené à rejeter les phtisies laryngées primitives.

XIV. — MONNERET ET DELABERGE

Dans l'œuvre de ces auteurs, il nous faut laisser de côté le traité de pathologie interne de Monneret, étant donné son apparition tardive. Nous n'aurons à étudier ici que ce qui se rapporte au larynx dans leur *Compendium de médecine.* Nous aurons à faire les mêmes éloges et les mêmes réserves que pour ce qui a trait au pharynx. Les deux écrivains font preuve d'une grande érudition, d'une impartialité des plus louables, d'un véritable sens clinique, d'un style clair, d'une exposition méthodique, mais ils manquent en général d'originalité[1].

Cependant, comme ils ont fidèlement et consciencieusement exposé les notions sur les affections laryngées de leurs contemporains, leurs écrits méritent d'être examinés de très près au même titre que ceux de Hardy et Béhier, de Grisolle, de Boyer, de Vidal de Cassis, de Blache, de Nélaton, etc. Les analyser, c'est en quelque sorte établir un bilan très exact des connaissances de toute une période, moins favorisée certes que la nôtre, mais qui commence néanmoins à édifier une œuvre véritablement scientifique. C'est aussi se rendre compte des grands courants nosologiques de l'époque.

Les lésions inflammatoires[2] de l'organe vocal étaient, du temps de Monneret et de Delaberge, l'objet de nombreuses discussions et comme nature et comme espèces morbides auxquelles il fallait les rattacher. A ce propos, les deux écrivains rappellent la classification de Blache (*Dictionnaire en 40 volumes*, article :

1. Ceci tient, du reste, en grande partie, à l'étendue des matières qu'ils ont à exposer, le plan de leur ouvrage ne permettant sur chaque question qu'un développement sommaire. Cependant, ils ont su tracer une excellente description de quelques affections mal connues de l'époque (syphilis, cancer du larynx).

2. Il y avait déjà une classification anatomo-pathologique et une classification clinique, basée sur la gravité du mal. Certains tendaient à admettre des types multiples, d'autres étaient unicistes.

larynx), celle de Valleix (*Médecin-Praticien*, t. I, p. 194), celle de Rilliet et Barthez. Quant à eux, ils se contenteront de décrire une laryngite simple aiguë et une laryngite simple chronique comprenant évidemment chacune un certain nombre de variété

L'étude des lésions anatomiques des *Laryngites aiguës*, par lesquelles ils débutent, était forcément peu avancée, à la période où écrivaient les deux auteurs, réduit qu'on en était à la connaissance des altérations grossières visibles à l'œil nu. Morgagni, Andral, puis Cruveilhier avaient dit sur le sujet à peu près tout ce qu'il était possible de savoir avec des moyens d'investigation aussi rudimentaires. Comme il fallait s'y attendre, Monneret et Delaberge se contentent de rappeler ici ce que leur avaient appris ces grands anatomo-pathologistes. Il est donc inutile d'insister. Disons cependant qu'ils mentionnent les petits points rouges trouvés par Piorry, en grand nombre, au niveau des cordes vocales et qui n'étaient autre chose que de petites hémorragies interstitielles. « Cette rougeur qui ne disparaît pas par le lavage est ordinairement produite par un pointillé très fin. Rarement elle est due à des arborisations. »

Les érosions épithéliales [1] bien étudiées par Rilliet et Barthez sont mentionnées avec soin. Les ulcérations se montreraient à un degré d'inflammation plus marqué et coïncideraient avec un ramollissement notable de la muqueuse (Rilliet et Barthez [2]). Ceci se verrait surtout dans la laryngite ulcéreuse aiguë des enfants [3] et s'observerait principalement à la hauteur des cordes vocales inférieures, plus rarement au niveau de l'épiglotte ou des ventricules.

« Les ulcérations présentent des caractères différents suivant les points qu'elles occupent ; sur la paroi interne des cordes vocales, elles sont ordinairement très petites, transversales. linéaires, superficielles, à bords minces et non décollés ; en arrière des cordes vocales, elles sont communément arrondies,

1. Andral avait déjà soigneusement distingué des ulcérations les érosions qu'on ne voit bien, dit-il, que sous l'eau.

2. C'était l'opinion de Broussais; d'autres cliniciens firent bientôt remarquer (Valleix, par exemple, après Andral et Louis) que l'ulcération ne se montrait guère que dans certaines circonstances spéciales, telles que la syphilis, la tuberculose, les intoxications médicamenteuses. Cependant l'étude des pneumococcies et des streptococcies prouve que des phlegmasies à processus inflammatoire vulgaire peuvent nécroser et ulcérer les muqueuses, quoique d'une façon exceptionnelle.

3. Sous ce titre, Rilliet et Barthez ont décrit un état inflammatoire spécial du larynx qu'on rencontrerait chez des sujets atteints de pyrexies infectieuses graves ou au cours de leur convalescence.

plus considérables, plus profondes, s'étendant quelquefois jusqu'aux muscles et aux cartilages; les bords sont rouges, violets, ramollis, décollés.

« Souvent l'inflammation aiguë se propage jusqu'aux cartilages du larynx ou débute par eux [1] (chondrite laryngienne aiguë) et en détermine la carie.

« Quelquefois les articulations semblent avoir été le siège de l'inflammation aiguë... [2] »

Les deux écrivains mentionnent aussi le fait bien connu de la coïncidence des lésions inflammatoires dans diverses parties de l'arbre aérien. « Souvent l'inflammation se prolonge dans la trachée, ou même jusqu'à la partie supérieure des bronches. »

La polymorphie symptomatique est ainsi relevée. « Tantôt, il existe seulement une impression désagréable pendant l'inspiration ou la sensation d'un corps étranger dans le larynx ou d'un picotement plus ou moins pénible ; d'autres fois, douleur plus ou moins vive qui augmente par la déglutition, la parole, le chant, la toux, par la pression exercée sur le cartilage thyroïde, l'air froid.

« La voix est constamment altérée; elle est rauque, enrouée, voilée, fausse; alternativement basse et très aiguë. »

Billard aurait indiqué avec soin les modifications que subit le cri : « Cette altération, dit-il, consiste plutôt dans son timbre que dans sa forme; les deux parties qui le constituent existent bien, mais elles sont voilées... »

La toux manquerait parfois complètement et ne serait jamais très violente; plus ou moins fréquente, quelquefois presque continuelle, sèche ou humide. Elle semblerait provoquée par l'inspiration, la déglutition, la parole [3].

L'expectoration peu abondante ne présenterait rien de caractéristique; les crachats sont blancs, écumeux... « La respiration est toujours plus ou moins gênée, accélérée, pénible. La dyspnée peut devenir extrême et rendre la suffocation imminente. »

1. On admettait déjà, comme aujourd'hui, que la périchondrite est surtout secondaire; mais la théorie de Broussais faisait prévoir que chaque élément anatomique peut s'enflammer isolément (voir l'article consacré à cet auteur). Dans certains cas à pathogénie obscure, on s'imaginait pouvoir affirmer que les lésions cartilagineuses étaient primitives. Ceci est possible, si on accepte l'infection par la voie hématique dans ces cas douteux.

2. C'est Broussais qui insista sur cette possibilité et qui eut aussi le mérite d'attirer l'attention sur les arthrites laryngiennes.

3. La toux peut manquer, quand la région interaryténoïdienne est peu intéressée; car Vulpian a montré souvent, devant ses élèves, que cette

Les liquides, pour ce qui concerne la déglutition, seraient avalés facilement et sans douleur. La dysphagie ne s'accuserait que pour les solides.

Il y aurait plusieurs degrés dans la laryngite aiguë. Quant à la marche, les prodromes manqueraient dans la laryngite aiguë légère. « La *laryngite aiguë grave* débute par du frisson, de la fièvre, de l'agitation, de la céphalalgie; la voix est rauque; la dyspnée très accentuée avec crises de suffocation, l'état général très mauvais. La mort est la terminaison ordinaire de cette forme. » Au contraire, dans la forme bénigne, la plus habituelle de beaucoup, l'évolution se ferait, sauf exception, très rapidement vers la guérison.

Sous le nom de *laryngite sous-muqueuse inférieure*, Monneret et Delaberge décrivent, à la façon de Cruveilhier et de Blache, la chondrite du cartilage cricoïde, sans rien ajouter de spécial au sujet.

Ces lésions cartilagineuses seraient la cause la plus fréquente des abcès du larynx situés dans les replis de la muqueuse ou à l'intérieur des muscles laryngés; parfois ces collections purulentes tiendraient aussi à des arthrites suppurées du même organe. Leur volume pourrait dépasser celui d'une aveline, comme dans le cas de Bouillaud. « L'abcès du larynx, en diminuant la cavité de l'organe déterminerait des accès de suffocation et des symptômes en tout semblables à ceux que l'on observe dans l'œdème de la glotte. » Les deux écrivains font, à leur propos, cet aveu découragé : « Il est impossible de reconnaître leur existence, et il en serait autrement que l'art n'en demeurerait pas moins impuissant. » Il ne pourrait donc s'agir alors, à propos de ces collections purulentes, que de surprises d'autopsie.

Au sujet de *l'œdème du larynx* (*Compendium de méd. prat.* de Monneret, t. V, p. 446), Monneret et Delaberge s'en tiennent aux idées pathogéniques de Bayle. « L'œdème du larynx (angine aqueuse, angine séreuse, œdème de la glotte, angine laryngée œdémateuse, angine œdémateuse, laryngite sous-muqueuse suivant les auteurs) est-il une maladie distincte existant par elle-même, ou n'est-il qu'un épiphénomène anatomo-pathologique appartenant à la laryngite ? En d'autres termes, l'œdème du

région est surtout celle qui commande aux expirations brusques et violentes. D'autre part, s'il y a surtout congestion, tout peut se borner à l'enrouement. Il y a aussi une susceptibilité individuelle dont il faut tenir compte, sans compter l'accoutumance qui fait supporter assez bien des lésions même graves, comme dans la phtisie laryngée, sans compter aussi d'autres facteurs morbides moins connus tels que la nature de l'infection.

larynx est-il une laryngite œdémateuse ou une hydropisie laryngienne ?

« Ces questions ont été vivement débattues, mais on n'est point arrivé à une conclusion satisfaisante pour s'être placé à un point de vue trop restreint. Les uns n'ont voulu voir dans l'œdème de la glotte, et dans tous les cas, qu'une hydropisie *essentielle*, les autres qu'un accident inflammatoire. Or, il existe une différence énorme sous le rapport pathogénique.

« Nous considérons l'œdème de la glotte comme une hydropisie pouvant se montrer sous l'influence des différentes causes qui produisent toutes les hydropisies en général et l'anasarque partiel (œdème) en particulier, et pour nous, cette affection n'est *qu'une infiltration séreuse ou séro-purulente du tissu cellulaire sous-muqueux du larynx, se développant dans les circonstances diverses au milieu desquelles se développent la plupart des hydropisies*[1]. »

Voici quelles seraient les altérations anatomiques. « Il n'y aurait pas, a-t-on dit, de gonflement léger et uniforme de toute la muqueuse (Bayle, *Dict. des sc. méd.*). Cette assertion est fausse, car on voit toujours l'œdème borné à certaines parties du larynx. L'épiglotte, les replis aryténo-épiglottiques, les cordes vocales, isolément ou simultanément sont le siège ordinaire de l'infiltration[2].

« L'épiglotte est épaissie[3], les bords de la glotte forment des bourrelets plus ou moins saillants qui rétrécissent l'extrémité supérieure du larynx. Les bourrelets sont disposés de telle manière que toute impulsion qui vient du pharynx les renverse dans la glotte qu'ils bouchent plus ou moins complètement, tandis que toute impulsion qui vient de la trachée-artère les repousse sur les côtés de l'ouverture supérieure du larynx, laquelle devient très libre. Cette disposition indiquée par Bichat, Bayle, a été vérifiée par Lisfranc (Mémoire sur l'angine laryngée œdémateuse, in *Journ. gén.*, t. LXXXIII).

1. Voir, à ce sujet, l'article sur Trousseau. Dans la partie consacrée à l'œdème, au cours de son ouvrage sur la phtisie, rédigé avec Belloc, on voit que ces deux écrivains font jouer le plus grand rôle, dans les cas où l'épanchement est d'apparence séreuse, à ce qu'ils appellent l'épine inflammatoire du voisinage. Bouillaud, Cruveilhier avaient, du reste, déjà dit quelque chose de semblable. Actuellement, comme on le sait, l'œdème inflammatoire ne peut se distinguer de l'hydropique que par la présence de fibrine.

2. Comme l'a dit Cruveilhier, l'œdème se montre ici dans les endroits les plus lâches, c'est-à-dire dans les points où le tissu cellulaire sous-muqueux est le plus séreux et le plus abondant.

3. On l'a comparée alors à une sorte de pénis.

« Le gonflement est parfois borné aux cordes vocales qui peuvent devenir assez volumineuses pour se toucher et effacer complètement la cavité des ventricules latéraux[1]. D'autres fois, c'est la muqueuse qui tapisse ces ventricules qui est soulevée par l'infiltration du tissu cellulaire placé au-dessous d'elle, et qui comble la cavité comprise entre les deux cordes vocales d'un même côté.

« Dans quelques cas, l'infiltration occupe en même temps le tissu cellulaire du pharynx, des amygdales, qui est aux environs du larynx[2]...

« La membrane qui recouvre les parties infiltrées est pâle, décolorée. Le liquide qui distend est tantôt limpide, transparent, gélatiniforme, tantôt trouble, séro-purulent, purulent[3]. En effet, on a rattaché à l'angine laryngée œdémateuse des collections purulentes, des abcès occupant les muscles laryngiens, mais ces collections purulentes n'appartiennent point à l'œdème du larynx. Le pus ne lui appartient que lorsqu'il est à l'état d'infiltration, qu'il occupe les organes où l'on rencontre à l'ordinaire l'infiltration séreuse. »

La symptomatologie, la marche, le pronostic, le diagnostic et le traitement sont surtout rédigés d'après Bayle et Blache, auxquels les auteurs font de nombreux emprunts.

Le chapitre consacré aux *hémorragies du larynx* (*Compendium de méd.*, p. 534) est intéressant par les curieux renseignements bibliographiques et autres qu'il nous fournit :

« L'hémorragie du larynx (laryngorragie) est fort rare[4] ; à peine est-elle indiquée dans les nosographies. Piorry dit n'en avoir observé qu'un très petit nombre de cas. Albers pense (*Journal für die gesammte Heilkund.*, Bd. I, Heft 1) qu'elle est souvent confondue avec la pneumorragie, et il en trace la description suivante : Le sang est rejeté à l'extérieur sous deux formes différentes; tantôt on n'aperçoit que quelques stries, quelques

1. Ceci a été vu notamment dans certains cas d'ulcérations des cordes, dues à la variole.

2. Coïncidence exceptionnelle et qui ne se montre guère qu'au cours d'œdème véritablement hydropique, et alors surtout comme phénomène ultime.

3. Voir, à ce sujet, l'excellente description de Cruveilhier que nous avons rapportée dans l'article consacré à cet auteur.

4. Actuellement, au contraire, on admet une laryngite dite hémorragique, où ce phénomène de rejet du sang est la caractéristique de l'affection. On connaît aussi actuellement, en dehors des hémorragies relevant des ulcérations, les laryngorragies attribuables à l'ataxie, à la syringomyélie, aux affections rénales, hépatiques, cardiaques, etc. La question a donc tout à fait changé d'aspect.

points isolés dans les crachats, la toux est presque nulle, la voix voilée ; tantôt, lorsque l'hémorragie est plus abondante, le malade rejette des caillots assez considérables d'un sang noir ou vermeil, et il éprouve la sensation d'un corps étranger dans le larynx. La toux est violente, la voix profondément altérée, la respiration gênée ; la tête est congestionnée ; il y a vertiges, tintements d'oreilles, éblouissements. Dans aucun cas, le malade n'éprouve de la douleur dans la poitrine. Il respire profondément, et si, ensuite, il expire brusquement, les mucosités qu'il expectore ne contiennent aucune trace de sang.

« Lorsque l'hémorragie est très abondante, le sang peut se précipiter dans les voies aériennes et déterminer rapidement une asphyxie mortelle.

« L'inspection de l'arrière-bouche ne permet pas de confondre l'hémorragie du larynx avec la pharyngorragie ; dans la gastrorragie, le sang est toujours noir, mélangé à des matières stomacales, rejeté par vomissement. Il y a douleur à l'épigastre et la voix n'est pas altérée.

« Dans la trachéorragie, une douleur vive se fait sentir au niveau du sternum ; la dyspnée est plus intense, la toux constante et plus violente.

« Dans la bronchorragie et la pneumorragie, la dyspnée est extrême, la toux continuelle ; douleurs plus ou moins vives dans la poitrine ; enfin, on trouves des râles qui n'existent pas dans la laryngorragie [1].

« Le pronostic n'est grave que lorsque son abondance peut faire craindre l'asphyxie.

« La laryngorragie, suivant Albers, se montre principalement chez les sujets âgés de vingt à quarante ans, et surtout de vingt-huit à trente-six ans ; elle peut se produire brusquement, par un effort de voix, par un changement de température, par une congestion cérébrale, par la suppression d'un flux sanguin habituel.

« L'étiologie indiquée par le médecin de Bonn paraît être assez problématique et on peut penser que la présence dans le larynx d'ulcérations profondes, quelle que soit d'ailleurs la nature de celles-ci, est jusqu'à présent la seule cause qu'on puisse assigner avec certitude à la laryngorragie.

« Le traitement est celui de l'altération primitive, celui des hémorragies. »

1. Inutile de faire remarquer combien toutes ces différenciations sont théoriques et basées sur des vues *a priori*. Albers ne décrit en somme que la variété de laryngorragie de beaucoup la plus rare, la congestive.

A propos de la *phtisie laryngée*, Monneret et Delaberge se contentent de reproduire le plus souvent les notions contenues dans la remarquable monographie de Trousseau et Belloc, qui était devenue du reste classique, ainsi qu'il est facile de s'en convaincre en parcourant les nosologistes qui sont immédiatement postérieurs à ces deux écrivains. Néanmoins si, comme ces écrivains, nos deux auteurs admettent un syndrome clinique embrassant en réalité des espèces nosologiques distinctes, comme ceux-ci également, ils consacrent à ces dernières des paragraphes spéciaux où commence à être esquissée leur véritable histoire clinique.

Voici ce qu'ils disent sur la syphilis du larynx dont ils donnent une description très complète et très remarquable : « Existe-t-il des *ulcérations syphilitiques* du larynx ? Les avis sont très partagés, dit Valleix (*Guide du méd prat.*, p. 417, Paris, 1842) ; d'une part, nous avons J. Frank et quelques autres auteurs, qui pensent que la syphilis est une cause fréquente de la laryngite ulcéreuse ; et d'autre part, Cullerier et Lagneau[1], qui disent formellement que les ulcères syphilitiques du larynx sont excessivement rares. Ricord n'en fait pas même mention. Valleix conclut néanmoins à l'existence des ulcérations vénériennes du larynx, en se fondant sur cinq observations réunies par lui et sur sept observations citées par Trousseau et Belloc. Nous ne pensons pas que les ulcérations syphilitiques du larynx puissent être mises en doute aujourd'hui. Si elles ne sont pas d'une manière absolue les accidents les plus fréquents de la syphilis, quel est cependant le praticien qui n'en a point observé ? Et combien il nous serait facile de réunir non seulement plus de douze, mais un grand nombre d'observations, dans lesquelles la cause syphilitique se montre d'une manière incontestable. Andral, Piorry, Cruveilhier, Rayer, Trousseau, Cazenave, tous les nosographes parlent des ulcérations vénériennes du larynx comme d'une altération spécifique acceptée par tout le monde et, si Ricord n'a pas eu l'occasion de s'expliquer à ce sujet, tout ceux qui suivent sa clinique savent que son silence n'est point, comme semble le croire Valleix, le résultat d'un doute. La

1. Il est surprenant de voir dans quelle ignorance des lésions laryngées de la vérole étaient restés la plupart des syphiligraphes de l'époque. Tout ce que savaient les contemporains leur avait été enseigné par les praticiens de la médecine générale. Ricord lui-même est resté assez longtemps indécis ; mais il a fini par reconnaître la fréquence des déterminations laryngées de la vérole, comme le font remarquer plus loin nos deux auteurs.

laryngite ulcéreuse syphilitique, dit Cazenave, est un accident secondaire qui n'est malheureusement pas aussi rare qu'on pourrait le croire ; j'en ai vu d'assez nombreux exemples.

« Les accidents syphilitiques du larynx, dit Ricord, bien que relativement peu fréquents, s'observent cependant plus souvent qu'on ne semble le croire ; mais il peut arriver qu'ils échappent à l'observation, à cause de la difficulté que présente l'exploration directe du larynx pendant la vie, aussi bien que de la rareté des autopsies à la suite des lésions de cet organe.

« Ordinairement peu nombreuses, les ulcérations syphilitiques du larynx occupent le plus ordinairement, suivant Hawkins (*Arch. générales de méd.*, t. IX, p. 439), les côtés des cartilages aryténoïdes ; mais on les voit aussi siéger sur l'épiglotte et les cordes vocales. En général, dit Barth [1], la face antérieure de l'épiglotte est leur siège de prédilection.

« Les dimensions des ulcères varient jusqu'à un pouce et plus de diamètre (Hawkins) ; ces ulcérations sont ordinairement ovalaires, et présentent la forme et les dimensions d'une amande. Elles se développent de haut en bas, selon Barth, parce que, dans la grande majorité des cas, elles résultent de l'extension au larynx d'ulcérations vénériennes des amygdales, de la luette, du voile du palais ou de ses piliers ou du pharynx [2]. Un caractère important est la tendance qu'elles ont à se cicatriser pour se porter sur un autre point de l'organe [3].

« Les ulcérations vénériennes sont souvent accompagnées de végétations dont le point de départ semble être les plaques muqueuses du larynx [4].

« Les ulcérations syphilitiques déterminent la destruction des cordes vocales, la production d'abcès intra-laryngiens, la carie, la nécrose, l'ossification des cartilages, etc. [5].

« Les ulcérations syphilitiques du larynx sont souvent très douloureuses [6]. Elles peuvent être le seul symptôme syphilitique

1. Voir l'article que nous consacrons à cet auteur, qui a signalé le premier la localisation exacte, en avant, des lésions laryngées de la vérole tertiaire.

2. Ceci est en somme exeeptionnel ; la concomitance des lésions laryngées et des lésions pharyngées est fréquente, non leur continuité.

3. Ricord a bien fait ressortir la marche serpigineuse des lésions tertiaires, les plus fréquentes dans le larynx, ou du moins celles qui frappent le mieux l'attention à cause de leur gravité.

4. Par exemple, dans les accidents secondo-tertiaires des sujets débilités,

5. Voir, sur ce point, les travaux des anatomo-pathologistes de l'époque, surtout de Cruveilhier.

6. Ce n'est pas cependant là le fait habituel, s'il n'y a pas réaction inflammatoire aiguë.

actuel; mais, le plus souvent, on observe, en même temps, des phénomènes vénériens secondaires ou tertiaires. Les malades présentent des ulcérations vénériennes de la gorge, des syphilides, des exostoses, des caries, c'est-à-dire les symptômes de la syphilis constitutionnelle [1].

« Quand il n'y a que de la roséole, de l'érythème de l'isthme du gosier, on n'observe du côté du larynx que la dysphonie ou de l'aphonie plus ou moins complète [2]. Quand la malade présente des ulcérations de la gorge ou une syphilide ulcéreuse, les accidents sont plus graves que dans le cas ci-dessus : la respiration est gênée, la toux fréquente, l'expectoration abondante, purulente, sanieuse, sanguinolente, le larynx très douloureux au toucher. Dans les accidents tertiaires, on observe du côté du larynx tous les symptômes qui appartiennent à la carie, à la nécrose des cartilages laryngiens.

« On a rencontré quelquefois la coïncidence d'ulcérations présumées syphilitiques du larynx et de la phtisie pulmonaire. Se reporter, à ce sujet, à ce qui est dit plus haut à propos de la laryngite chronique.

« Tantôt les lésions font des progrès rapides et amènent en peu de temps des altérations mortelles [3], tantôt elles marchent lentement et plusieurs années peuvent s'écouler avant que la vie du malade soit compromise [4].

« 1° On devra tenir compte des ulcérations laryngiennes accompagnées de symptômes actuels de syphilis constitutionnelle, et en l'absence de tout signe de phtisie pulmonaire;

« 2° Des ulcérations laryngiennes sans symptômes actuels ni antécédents de syphilis constitutionnelle, et en l'absence de tout signe de phtisie pulmonaire.

« 3° Des ulcérations laryngiennes avec imminence ou coïncidence de phtisie pulmonaire. »

« A moins que les cartilages du larynx ne soient profondément altérés ou qu'il n'existe des complications graves, le pronostic est, en général, favorable ; souvent un traitement spécifique

1. Souvent, d'ailleurs, ces phénomènes concomitants manquent et si les anamnestiques sont douteux, on en est réduit à l'aspect des lésions, à leur localisation, aux résultats du traitement par les spécifiques.

2. La syphilis secondaire du larynx se révèle surtout par un érythème diffus. Les plaques y sont, semble-t-il, très rares. Comme le disaient Monneret et Delaberge, on est mis sur la voie par l'apparition de troubles vocaux.

3. Par œdème de la glotte, comme on le sait aujourd'hui.

4. Cette marche lente et tout à fait insidieuse est en général le fait habituel du tertiarisme laryngé.

sévère et longtemps continué a rendu à la santé des malades dont l'état était ou semblait être désespéré. Pravaz (*Recherches sur la phtisie laryngée*, thèse de Paris, 1824), Trousseau et Belloc (*Traité prat. de la phtisie laryngée*), Lhéritier (*De la phtisie laryngée*, obs. 17), Piorry, Cazenave et beaucoup d'autres auteurs ont rapporté des faits de ce genre.

« Quelle conduite doit tenir le médecin dans ces différents cas ?

« Toutes les fois qu'en l'absence de phtisie, les ulcérations du larynx coïncident avec des symptômes de vérole constitutionnelle, il faut d'emblée recourir au traitement spécifique.

« Si, au contraire, il y a phtisie et que la maladie soit avancée, la mort prochaine, il sera raisonnable de s'abstenir de toute médication. »

Monneret et Delaberge ont eu le mérite également de tracer *du cancer du larynx* une histoire, déjà assez détaillée (après, il est vrai, Trousseau et Belloc), surtout si l'on considère les maigres notions de l'époque, et d'attirer ainsi, à nouveau, sur cette redoutable affection l'attention de leurs contemporains (voir *Compendium de médecine*, t. V, p. 534).

« Le cancer du larynx, disent-ils (*laryngo-carcinie* de Piorry), est une affection extrêmement rare. Morgagni dit en avoir observé un exemple, mais il n'entre dans aucun détail (*De sedibus et causis morborum*, epist. XXVIII, n° 9). Les trois seuls cas de cancer laryngien que nous connaissons appartiennent à Trousseau (*Traité pratique de la phtisie laryngée*, Paris, 1837) et à Louis (*Mém. de la soc. méd. d'observation*, Paris, 1838, t. I, p. 173).

« Les lésions n'ont été décrites que dans deux cas.

« Voici ce que disent Trousseau et Belloc : Une multitude de tumeurs d'un volume variable, réunies en grappes ou isolées, occupaient presque tout l'intérieur du larynx, l'épiglotte et une partie de la trachée-artère. Sur les parties latérales, du côté gauche principalement et au-devant du corps thyroïde, on voyait, disséminées dans le tissu cellulaire, une multitude de petites tumeurs analogues. A l'intérieur du larynx, dans les points que n'occupaient pas les tumeurs, la muqueuse était ulcérée et comme fongueuse. Le ligament aryténo-épiglottique du côté droit était sain, à cela près d'un peu de gonflement dans la muqueuse ; le gauche était converti en masse irrégulière de la même nature que les tumeurs. En incisant les tumeurs diverses qui occupaient le larynx, on reconnaissait que les unes (c'était le plus petit nombre), consistantes et criant sous le scalpel, avaient la couleur de la chair d'un marron d'Inde et une

humidité qui les rapprochaient des tumeurs encéphaloïdes ; les autres étaient ramollies et converties en une bouillie jaunâtre, ressemblant à du fromage de Brie diffluent. Cruveilhier a considéré l'affection comme étant de nature cancéreuse. Dans le cas observé par M. Louis, une masse squirrheuse ayant la forme d'un coin, dont la grosse extrémité était dirigée vers la colonne vertébrale, repoussait l'épiglotte à gauche, et rétrécissait considérablement la cavité du larynx. Une seconde masse cancéreuse, moins volumineuse, était placée sous la corde vocale inférieure gauche, laquelle était déjetée en dedans.

« Tant que la tumeur n'est point volumineuse, on n'observe qu'une raucité plus ou moins prononcée de la voix [1], ou une aphonie plus ou moins complète, de l'enrouement, de la dyspnée provoquée par un exercice violent, des accès de suffocation revenant à intervalles éloignés, de la toux (Louis). Lorsque la tumeur a pris un accroissement considérable, l'aphonie est complète, la dyspnée permanente, les accès de suffocation très rapprochés et très graves, la déglutition difficile ; la dysphagie peut même devenir telle que les liquides passent difficilement.

« Le larynx paraît plus volumineux, irrégulier [2] ; la tumeur finit par produire une saillie à l'extérieur, dans un cas, de la grosseur d'une pomme moyenne, dans l'autre, du poing. La peau rougit, s'amincit, s'ulcère, puis viennent les hémorragies.

« Ni l'un, ni l'autre des malades de Trousseau n'a éprouvé de douleurs caractéristiques ou même vives.

« La marche de la maladie est lente [3]. Chez l'un des malades de Trousseau, trente-neuf mois séparèrent les premiers symptômes de la mort, et celle-ci fut le résultat d'une pleurésie. Chez le second, la maladie dura quatre ans. A la vérité, les deux malades furent trachéotomisés au moment où ils allaient être asphyxiés et l'opération prolongea la vie de neuf mois chez l'un de dix mois chez l'autre [4].

« La mort est l'inévitable terminaison du cancer laryngien, soit par asphyxie, soit par dysphagie ou troubles apportés dans la nutrition et la respiration par la dégénérescence [5].

1. On sait, en effet, maintenant que le mal reste à peu près latent à sa période initiale.

2. Ceci est en somme exceptionnel, la charpente cartilagineuse se laissant difficilement dilater.

3. Elle peut être de plusieurs années.

4. Ainsi l'on savait, dès cette époque, l'action retardante, sur l'évolution, de la trachéotomie, sur les bons effets palliatifs de laquelle on s'accorde actuellement.

5. Tant que l'extirpation n'a pas pu être tentée, il en était fatalement

« Tant qu'il n'existe point de tumeur appréciable à l'extérieur, il est impossible de reconnaître l'altération et de la distinguer de la laryngite chronique et des altérations syphilitiques du larynx[1].

« Lorsqu'une saillie plus ou moins considérable s'est développée dans la région laryngienne, le cancer devient probable; mais ce n'est que, lorsque la saillie est inégale, bosselée, qu'elle peut être distinguée avec quelque certitude des tumeurs de diverse nature qui peuvent avoir leur siège dans le larynx. Le diagnostic n'est certain que, lorsque la dégénérescence a envahi la peau ou qu'elle se présente à l'extérieur à travers une ouverture artificielle pratiquée à la trachée-artère[2]. »

Parmi les affections rares du larynx les deux auteurs signalent encore l'existence de *tumeurs osseuses du larynx* et mentionnent à ce sujet une curieuse observation.

« Gintrac a vu la cavité du larynx notablement rétrécie par le cartilage cricoïde qui présentait les altérations suivantes : étroit et mince en avant, il offrait sur les côtés et en arrière, une épaisseur de huit à neuf lignes ; la surface externe était inégale, bosselée ; sur le bord inférieur, existaient des saillies considérables ; échancrures profondes. »

L'histoire des *polypes du larynx*, encore à peine esquissée, est traitée ici assez sommairement d'après les nosologistes qui se sont occupés particulièrement de la question (Morgagni, Lieutaud, Desault, Andral, Cruveilhier, Trousseau et Belloc, etc.).

Plus intéressante certainement est la description que donnent les deux auteurs des *végétations du larynx*[3] que nous croyons devoir rapporter intégralement.

« Très fréquemment on a rencontré dans le larynx des végétations qui ont été considérées comme vénériennes. — Ferrus a vu la glotte oblitérée par une tumeur de la grosseur d'une forte amande, irrégulière, mamelonnée, d'une consistance analogue à celle des tumeurs fongueuses, adhérant par une base assez large aux deux replis fibro-membraneux qui forment le ventricule laryngé gauche, et à l'angle rentrant du cartilage thyroïde (*Arch. gén. de méd.*, 1er sér., t. V, p. 559). — Andral a vu un

ainsi. Actuellement, grâce à la laryngectomie, le pronostic est amélioré (voir l'ouvrage de Molinié).

1. Sans le laryngoscope, on ne pouvait, en effet, reconnaître le mal qu'à une période relativement très avancée, puisqu'au début, ses symptômes réactionnels sont tout à fait insidieux, ainsi qu'il a été dit plus haut.

2. Quand, par exemple, on a pratiqué la trachéotomie pour sauver le malade de l'asphyxie.

3. Nos papillomes actuels.

larynx dont l'ouverture supérieure était en partie obstruée par une végétation blanchâtre, mamelonnée, ressemblant à une tête de chou-fleur et se continuant par une large base avec la membrane muqueuse (*Précis d'anat. pathol.*, t. II, p. 472, Paris, 1829). — Trousseau et Belloc ont vu des végétations blanchâtres, pédiculées, du volume d'une aveline, occuper le ventricule droit. Rayer a observé une végétation qui, implantée sur sa base, vers le bord supérieur du ventricule gauche, se prolongeait, en s'épanouissant, au-dessus de l'ouverture supérieure du larynx, et venait faire saillie dans l'arrière-gorge (*Traité théor. et prat. des mal. de la peau*, t. II, p. 423, Paris, 1835). — Barth a montré à la Société anatomique une tumeur inégale, semblable à une végétation vénérienne, comme formée par l'agglomération de plusieurs tumeurs secondaires, du volume d'une amande, et implantée à la face antérieure du cartilage aryténoïde (*Bull. de la Soc. anat.*, p. 101, 1835). — Enfin Landouzy[1] a trouvé, au-devant du cartilage aryténoïde gauche, une tumeur jaune, grenue, du volume d'un haricot que Cruveilhier a attribuée au développement morbide de la glande aryténoïde (*Bull. de la Soc. anat.*, p. 75, 1838). »

Delaberge et Monneret ont enfin tracé un tableau intéressant d'une affection nerveuse de l'organe phonateur, encore fort mal entrevue par les contemporains, et sur laquelle ils ont fait des remarques intéressantes. Il s'agit de la *névralgie du larynx*[2], dont ils rapportent 2 cas survenus probablement chez des hystériques.

« La névralgie du larynx (Anomolaryngonervie) est fort rare. Une jeune femme éprouve tout à coup une douleur peu intense au niveau du larynx ; la respiration reste naturelle, mais la voix devient faible et rauque. Ces symptômes disparaissent vite, mais ne tardent pas à se reproduire, et, d'intervalles assez éloignés, se reproduisent tous les jours. Un accès a lieu tous les matins à 10 heures. Au bout de plusieurs mois, la guérison a lieu spontanément. Le docteur Venot (*Gaz. méd.* 1838, p. 442) a vu une femme qui, chaque fois qu'elle se livrait à un coït immodéré, éprouvait un accès caractérisé par de l'enrouement ou une aphonie presque complète, et il a rattaché ces symptômes à une névralgie du larynx ; mais cette observation ne paraît pas concluante, parce que la malade éprouvait en même temps différents accidents inflammatoires, et que la

1. Landouzy père, de Reims.

2. En réalité, il s'agit de troubles fonctionnels hystériques ou neurasthéniques.

marche, comme le traitement employé, doit éloigner l'idée d'une affection névralgique.

« Peut-être quelques-unes des affections rapportées par Bennati pourraient-elles être considérées comme des exemples de névralgie laryngienne; des cas assez nombreux d'aphonie, d'altérations diverses de la voix ne reconnaissent sans doute pour cause que des troubles de l'innervation; mais on ne saurait se prononcer avec certitude à ce sujet.

« L'un de nous a observé une névralgie du larynx parfaitement caractérisée sur une jeune femme, dont il a publié ailleurs une partie de l'histoire, et chez laquelle il a vu successivement se manifester presque toutes les névralgies superficielles ou profondes qui puissent affliger le corps humain.

« M[me] N. souffrait depuis deux jours d'une gastralgie violente. Après injections hypodermiques d'hydrochlorate de morphine, la névralgie se déplace et va occuper la face; nouvelle application de morphine derrière l'oreille droite et la névralgie va occuper le larynx qui est le siège d'une douleur très vive, qui n'est exaspérée ni par une pression exercée sur l'organe, ni par les mouvements qu'on imprime à celui-ci, ni par la déglutition, mais qui devient, au contraire, beaucoup violente lorsque la malade fait un effort de voix.

« La respiration est normale, aucun bruit anormal au niveau du larynx, pas de toux; la voix est faible, voilée, son émission n'augmente pas la douleur lorsque la malade parle à voix basse. Lorsque la malade veut chanter, l'émission de notes basses est douloureuse, pénible; à mesure que M[me] N. monte la gamme, les efforts de voix deviennent plus douloureux et le ton devient faux; pour émettre une note sur-laryngienne, la malade est obligée de se livrer à des efforts très grands, très douloureux, et elle ne produit qu'un son criard et complètement faux. L'inspection de l'arrière-bouche ne fournit que des renseignements négatifs.

« Une application d'hydrochlorate de morphine sur la région antérieure du cou fit disparaître tous ces accidents. »

C'est également une observation personnelle qui est donnée pour éclaircir l'histoire clinique des *paralysies laryngées* (Monneret, *Compendium de médecine*, t. V, p. 547, Paris, 1842). Nous croyons devoir aussi reproduire ce curieux passage de leur compendium.

« La paralysie complète du larynx est fort rare, même comme expression symptomatique de l'hémorragie cérébrale. Nous rapportons une observation [1] que nous a fournie Trousseau.

1. Il s'agit du syndrome d'Avellis portant sur le domaine du nerf spinal.

Monsieur X. a commencé il y a deux ans à éprouver quelque difficulté à parler; celle-ci a pris un accroissement rapide sans que jamais il y ait eu d'oppression ni de sifflement respiratoire; depuis huit mois, il est survenu dans la déglutition une gêne qui, aujourd'hui, permet à peine au malade d'avaler quelques potages clairs et même sa salive.

« A l'examen de la gorge, on voit que le *voile du palais* est pendant, immobile; la langue peut à peine se mouvoir latéralement, en haut et en avant.

« La face se contracte un peu moins bien à gauche qu'à droite. *Le bras gauche est un peu paralysé* ; le membre inférieur du même côté est intact.

« Dans le mouvement de déglutition, le larynx s'élève en totalité, et le malade, par une brusque secousse de la tête, jette l'aliment dans le pharynx qui semble rester passif. Une petite portion d'aliment s'introduit presque toujours dans le larynx.

« Pas une seule consonne ne peut être prononcée; parmi les voyelles, l'*a* seul est distinct; les autres ne sont exprimées que d'une manière très obscure. L'examen du larynx ne fournit que des signes négatifs.

« Le malade ne tarda pas à succomber; à l'autopsie, on trouva un ramollissement du cerveau du côté droit. Aucune altération n'existait dans le larynx.

« C'est à une *paralysie incomplète*, à une *atonie des muscles laryngiens*, que Bennati rapportait le plus grand nombre des altérations de la voix qui surviennent souvent chez les chanteurs après de grands efforts de voix, et qui disparaissent sous l'influence des stimulants, tandis qu'elles s'aggravent et s'éternisent sous celle des antiphlogistiques. Nous n'avons rien à ajouter à cet égard à ce qui a été dit au sujet de l'aphonie. »

Sur l'*asthme de Kopp*, Monneret et Delaberge professent à peu près les mêmes idées que Blache avait émises dans son excellent article sur la question, paru quelque temps auparavant dans le *Dictionnaire de médecine pratique*.

C'est ainsi qu'ils donnent à l'affection le nom de spasme laryngé, « parce qu'il ne préjuge point la cause de la maladie et qu'il en exprime le phénomène caractéristique». Ainsi que Kyll (*Archives générales de médecine*, 2e série, t. XV, p. 88), ils en font une « convulsion de la glotte », se montrant surtout chez les jeunes sujets, mais pouvant survenir aussi chez des individus plus âgés. En un mot, les deux écrivains confondent le mal avec l'entité, beaucoup plus vaste, appelée dès lors spasme de la glotte. « Cette manière de voir est la seule acceptable dans l'état

actuel. » A côté de la variété idiopathique, ils admettent une forme symptomatique de l'hypertrophie du thymus ou d'une maladie du cerveau ou des méninges, du bulbe, d'un ramollissement rachitique de l'occipital comprimant la moelle allongée, et enfin de *ganglions lymphatiques* du cou ou de la poitrine, comprimant les voies aériennes ou les nerfs qui s'y rendent. (Ces derniers faits rentrent évidemment dans les accidents convulsifs de l'adénopathie trachéo-bronchique de Barèty.)

Le tableau symptomatique qu'ils donnent de l'affection n'est que la reproduction des données de l'époque, principalement des indications fournies par Blache ; aussi nous contenterons-nous de signaler cette ressemblance.

Le chapitre que Monneret et Delaberge consacrent à la *tuberculose du larynx* est plus original et mérite davantage d'attirer notre attention. On sait combien les opinions variaient sur la possibilité de lésions tuberculeuses dans le larynx. On savait certes que les ulcérations n'y sont pas rares, mais celles-ci étaient-elles réellement spécifiques? Louis le niait et supposait que le processus ulcéreux était ici purement inflammatoire et dû à l'irritation que produisaient les crachats fermentés des cavernes pulmonaires en passant à travers le larynx. Trousseau et Belloc rejetaient cette opinion et admettaient même que le tubercule pouvait envahir primitivement l'organe phonateur. Mais cette opinion ne paraissait pas devoir l'emporter sur l'avis très autorisé de Louis. Delaberge et Monneret penchent manifestement en faveur de ce dernier. Après avoir concédé que l'opinion de Trousseau et Belloc est parfaitement rationnelle, ils ajoutent : « L'observation rigoureuse semble cependant établir cette remarquable immunité (de la tuberculose) en faveur du larynx. » Néanmoins, ils signalent les affirmations adverses : « Barth dit avoir constaté une fois, d'une manière évidente, la présence de tubercules dans le larynx. »

« Lhéritier mentionne, parmi les causes de la phtisie laryngée, le ramollissement de tubercules laryngiens, comme si l'existence de ceux-ci était chose démontrée et reconnue et voici ce qu'il donne comme preuve : Un homme meurt après avoir donné tous les symptômes de la laryngite chronique. A l'autopsie, on trouve la muqueuse laryngienne ramollie et ulcérée, détruite au niveau des ventricules, des altérations dans les articulations et dans les cartilages. Tout le tissu cellulaire était parsemé de petites taches blanchâtres, désagrégées, formées par de la *matière tuberculeuse. Le poumon ne renfermait de tubercules en aucun de ses points.* »

Monneret et Delaberge ne sont pas convaincus, car ils ajoutent aussitôt : « Tout porte à croire que les petites mousses blanchâtres n'étaient que le résultat d'une laryngite folliculeuse. On a souvent et à tort invoqué l'autorité d'Andral qui s'exprime ainsi : « Souvent chez les phtisiques on trouve la muqueuse du larynx soulevée en divers points de son étendue par de petits corps arrondis d'un blanc mat ou jaunâtre que l'*on appelle tubercules* » (*Clin. méd.*, t. IV, p. 193, Paris, 1834) ; mais Andral se hâte d'ajouter que ces corps arrondis qu'on appelle tubercules ne sont autre chose que des follicules malades, hypertrophiés, suppurés.

« Il est moins commun, ajoute-t-il encore, qu'on ne le dit généralement, de rencontrer chez les phtisiques des tubercules dans le larynx. »

« Louis déclare que, dans aucun cas, il n'a rencontré de granulations tuberculeuses dans l'épaisseur, ou à la surface de l'épiglotte, du larynx ou de la trachée.

« Grisolle dit avoir vu, une fois, une petite masse tuberculeuse *dans l'épaisseur ou à la surface de l'épiglotte*, au-dessous de la muqueuse laryngienne, et Barth dit : « Sur un larynx que j'ai montré dans mon cours d'anatomie pathologique, j'ai vu, au-dessous de la base du cartilage aryténoïde gauche, plusieurs petits points d'un blanc légèrement jaunâtre, déposés soit dans l'épaisseur, soit immédiatement au-dessous de la membrane muqueuse. Ces petits corps étaient, *je crois*, des tubercules... »

« *Dans cet état de choses, nous croyons devoir établir que les tubercules ne se développent point dans le larynx, ou du moins qu'ils ne s'y montrent que dans des cas extrêmement rares* ; que, par ulcérations tuberculeuses du larynx, il faut entendre *ulcérations existant chez un malade atteint de phtisie pulmonaire.* »

Monneret et Delaberge ont assez bien résumé les faibles connaissances de leur époque sur les *rétrécissements du larynx* (*Compendium de médecine*, t. V, p. 547).

On s'aperçoit, du reste, aisément du caractère plutôt théorique que pratique de ce chapitre, où la clinique est remplacée par des déductions tirées d'hypothèses plus ou moins heureuses.

« Des causes pathologiques très diverses peuvent produire un rétrécissement plus ou moins considérable du larynx. Les unes ont leur siège en dehors de cet organe, les autres dans son intérieur [1].

1. Causes extrinsèques et causes intrinsèques actuelles.

« La cavité laryngienne peut être rétrécie en vertu d'une compression exercée sur l'organe par un goitre ou par une hypertrophie des ganglions du cou, du thymus, par un abcès extralaryngien, par une tumeur quelconque du cou, par un corps étranger engorgé dans le pharynx. L'orifice du larynx peut être plus ou moins oblitéré par une tuméfaction de la langue, des amygdales, par une hypertrophie tonsillaire, par une tumeur des fosses nasales retombant sur l'ouverture laryngienne[1].

« Les causes de rétrécissement laryngien ayant leur siège dans l'intérieur de l'organe peuvent venir du dehors : tels sont tous les corps étrangers qui s'introduisent si souvent dans le larynx; elles peuvent venir des poumons (Delmas), elles peuvent s'être primitivement développées dans le larynx lui-même. A ces dernières causes appartiennent la tuméfaction, l'épaississement de la muqueuse, la présence de mucosités concrètes, les abcès intra-laryngiens, les pseudo-membranes laryngiennes, l'infiltration séreuse du tissu cellulaire du larynx, le cancer laryngien, les végétations vénériennes[2], les polypes, les tumeurs de diverse nature qui peuvent exister dans le larynx.

« La cavité laryngienne peut être aussi diminuée par suite de contraction des muscles placés à son origine supérieure.

« C'est généralement au niveau de la glotte qu'est le siège des différentes causes de laryngosténosie; et le degré de celle-ci varie suivant la cause qui l'a produite.

« Les symptômes sont de deux sortes : les uns appartiennent à la laryngosténosie elle-même, les autres varient avec cette dernière.

« L'effet de toute diminution de la cavité du larynx est d'opposer un obstacle plus ou moins considérable au libre passage de l'air et de produire, par conséquent, des troubles plus ou moins marqués dans les phénomènes de la respiration et de l'hématose. Dans le rétrécissement léger, on trouve une dyspnée peu intense provoquée par les exercices violents, la course, le décubitus dorsal, les émotions morales, un sentiment de gêne dans la gorge avec altération de la voix; une toux sèche plus ou moins fréquente. Dans les rétrécissements considérables, il y a une dyspnée plus intense avec absence de toute cause appréciable. Dans quelques cas, l'inspiration est beaucoup plus facile que l'expi-

1. Polypes pédiculés atteignant l'épiglotte.
2. Les syphiligraphes de l'époque connaissaient encore très mal les lésions spécifiques du larynx. Ils ignoraient ses sténoses cicatricielles, bien que celles-ci eussent déjà été signalées par Morgagni.

ration, ce qui est le contraire dans d'autres cas (Trousseau, Piorry)[1].

« L'oreille perçoit, au niveau du larynx, un bruit rude, un sifflement laryngo-trachéal tout particulier.

« Quand il y a occlusion presque complète du larynx, la dyspnée est permanente et se change en suffocation.....

« Le début est brusque, la marche des accidents est rapide, la terminaison souvent funeste dans le croup, l'œdème, le spasme de la glotte; la marche est lente, progressive, la terminaison constamment mortelle dans le cancer, les polypes, etc.

« Le diagnostic se fait de la détermination du siège de l'obstacle à la respiration et de la nature de cet obstacle.

« Le pronostic dépend de la cause de la laryngosténie. »

1. Suivant son habitude, Piorry a englobé l'étude de cette affection, comme celle des autres maladies laryngées, dans l'angiarose ou maladie du tube aérien amenant l'air aux poumons. Il en résulte que la pathologie de l'organe phonateur n'obtient quelques lignes que çà et là. Sa laryngosténosie, dont nos deux auteurs se sont inspirés, est tout ce qu'il y a de plus confus. C'est pourquoi il nous a été impossible de faire, dans cet ouvrage, une place à ce nosologiste distingué, qui s'est du reste largement rattrapé sur d'autres domaines de l'art de guérir, où il s'est montré réellement un esprit supérieur, ainsi qu'on s'en convaincra si on surmonte l'ennui de sa nomenclature baroque.

XV. — RILLIET ET BARTHEZ



BARTHEZ

Médecins d'enfants, écrivant un traité de pédiatrie, Rilliet et Barthez ne pouvaient insister sur toutes les affections laryngées, dont certaines sont, pour ainsi dire, inconnues pendant le jeune âge. C'est pourquoi ils se montrent très brefs sur la laryngite aiguë idiopathique, sur la laryngite chronique, sur la phtisie laryngée, sur l'œdème de la glotte; par contre, ils ont contribué à édifier un nouveau type morbide des plus intéressants, celui des laryngites aiguës secondaires graves, avec lésions destructives plus ou moins étendues, et rentrant plus ou moins dans le type de ce qu'on appelle maintenant le laryngo-typhus.

En réalité, ils ne se sont occupés d'une façon détaillée que du *croup*, la laryngite la plus importante certes de l'enfance et qui exerçait alors des ravages affreux. L'historique de la diphtérie entrait dans une phase décisive. Bretonneau et ses élèves avaient renouvelé, pour ainsi dire, l'aspect de la question. Les idées de Home étaient définitivement abandonnées, ainsi que les conceptions simplistes de Broussais. La théorie spécifique s'imposait de plus en plus, qui faisait du fléau une maladie générale et contagieuse comme les fièvres exanthématique et, si Rilliet et Barthez, partisans déterminés de l'anatomie pathologique, répugnaient un peu aux nouvelles hypothèses, ils ne pouvaient échapper néanmoins au mouvement qui entraînait tous les esprits. Cependant, la gloire de l'école de Tours ne leur fit pas oublier les excellents travaux du commencement du XIX[e] siècle, de Jurine notamment, l'éminent médecin génevois, dont Rilliet était en quelque sorte le successeur dans sa ville natale, de Portal, de Valentin, de Double, de Royer-Collard qui avait écrit sur l'affection un magistral article, analysé autre part dans cet ouvrage, ni même ceux d'émules, épidémiologistes distingués, moins brillants, il est vrai, que Bretonneau, mais qui ont rendu néanmoins de véritables services.

Après tous ceux-ci, et notamment après Guersant, on pouvait

penser que le terrain était épuisé et la récolte définitivement faite, qu'il n'y avait plus qu'à glaner ; cependant, grâce à leur méthode consciencieuse, Rilliet et Barthez, en abordant minutieusement tous les points de la question, ont fait œuvre durable et utile.

Ils établissent tout d'abord une grande division dans le chapitre consacré au mal, en distinguant nettement, au point de vue clinique, bien entendu, un *croup primitif* et un *croup secondaire*. Mais celui-ci ne serait pas toujours spécifique, il pourrait être de nature vulgaire, c'est-à-dire pultacé. « Le croup est une expression de cet état morbide auquel Bretonneau a donné le nom de diphtérite ; il a donc sa spécificité qui lui appartient en propre. Au contraire, la laryngite pseudo-membraneuse secondaire n'est pas spécifique ; ou, lorsqu'elle le devient, c'est si on peut le dire, parce qu'elle revêt la spécificité des maladies qui lui donnent naissance. » Ainsi, ces auteurs qui ont tant contribué à fixer les caractères du mal quand il évolue sur un terrain ébranlé par une affection antérieure, qui ont montré combien les symptômes sont alors plus graves et retrouvé, pour ainsi dire, les caractères principaux de la diphtérie maligne, parce qu'ils ont été égarés par une fausse analogie avec ce qui se passe dans le pharynx, ont fait une concession, involontaire certainement, mais des plus dangereuses, aux partisans de l'hypothèse dualistique de Home [1].

Les détails d'anatomie pathologique, par lesquels ils débutent, sont actuellement les moins intéressants, puisqu'ils ne pouvaient que s'inspirer des travaux d'observateurs éminents tels qu'Andral, Louis et Cruveilhier, qui avaient, après Bretonneau et Guersant, à peu près tout dit sur le sujet. Rappelons pourtant ici que Rilliet et Barthez ont beaucoup insisté sur la bronchite et la pneumonie lobulaire concomitantes, qui les préoccupaient beaucoup, parce qu'ils y voyaient avec raison une des principales causes des échecs de la trachéotomie. A ce propos, ils citent les recherches parallèles de Hache (Thèse de Paris, 1844), qui aboutissent aux mêmes conclusions. Hussenot (Thèse de Paris, 1833), cité par Guersant, avait déjà trouvé que, dans le tiers des cas, la fausse membrane dépassait plus ou moins la trachée. Après avoir noté l'adhérence variable, presque nulle ou au contraire très considérable de la fausse membrane, tantôt généralisée, tantôt par plaques, épaisse, résistante ou molle et comme

1. Pidoux était d'un avis analogue. Dans le *Journal de médecine*, il publia, en 1843, un article important, où il distinguait, du croup proprement dit, qu'il appelait diphtérique, une forme de nature vulgaire, qu'il appelait catarrhe plastique.

gélatineuse, les deux écrivains mentionnent l'intégrité apparente de la muqueuse dans la plupart des cas. Allars avait déjà affirmé que cette membrane ne présentait, pour ainsi dire, pas trace d'inflammation et Bretonneau avait remarqué qu'il était rare de la voir épaisse et ramollie. Néanmoins, Rilliet et Barthez font remarquer qu'il n'en est pas toujours ainsi, que les lésions peuvent être plus profondes, interstitielles, en un mot, diphtériques, comme le diront plus tard les Allemands. Chez deux de leurs petits malades, la tuméfaction des replis aryténo-épiglottiques aurait été telle que l'orifice supérieur du larynx s'en trouvait notablement rétréci.

Abordant la description des phénomènes morbides, Rilliet et Barthez prennent les symptômes un à un et les examinent longuement, indiquant les divergences que l'on peut observer. Ainsi, suivant eux, la toux serait parfois d'une apparition tardive et pourrait ne survenir « qu'à une époque distante du début de trois ou quatre jours, c'est-à-dire après l'apparition des symptômes fébriles ». Ils reconnaissent, avec Jurine, que les dénominations que lui ont imposées les vieux auteurs sont fautives ; car ils n'ont observé la toux aboyante qu'une seule fois. Elle serait surtout rauque, creuse, parfois basse et étouffée (Bretonneau, Guersant) et s'accompagnerait toujours d'un sifflement caractéristique (Jurine). Suivant Gendron et Hache, l'expiration apparente se prolongerait de façon à devenir égale à l'inspiration. L'altération de la voix se montrerait souvent très précoce et pourrait même précéder la toux. « Ainsi, chez plusieurs de nos malades, un simple enrouement sans toux, sans fièvre fut le premier symptôme observé. Il en a été de même chez les malades de Hache. » Cette modification de timbre serait celle des autres laryngites et l'aphonie se montrerait en somme tardive et souvent même incomplète jusqu'aux derniers moments. Comme plusieurs des écrivains qui se sont occupés du croup, Rilliet et Barthez ne pensent pas que l'expectoration soit pathognomonique. D'abord les enfants ne sauraient pas cracher, puis les membranes couenneuses ne se détacheraient pas toujours, enfin elles subiraient souvent des décompositions telles qu'elles deviendraient méconnaissables. Le rejet, s'il y a lieu, serait loin d'aboutir toujours à la guérison, contrairement à l'espoir dont se leurrent beaucoup de parents. « Lorsque l'expectoration pseudomembraneuse manque, les enfants rejettent quelquefois des crachats muqueux ou purement salivaires. » L'accès est parfaitement décrit, mais sans détails nouveaux, principalement d'après Jurine dont ils rapportent un passage. « Comme l'a observé Hache, tantôt ces accès sont rares et pro-

longés, tantôt plus courts et fréquents... Ces accès ne sont pas constants et ont manqué chez plus du tiers de nos malades. » Le *gonflement des ganglions semblerait surtout dû à l'angine concomitante*; il manquerait dans les croups primitifs qu'on observerait fréquemment à Genève. La fièvre existerait toujours ; du moins, elle ne ferait pas défaut après les premiers jours de l'affection, mais elle ne serait pas violente. « La chaleur n'est pas brûlante et le pouls n'offre pas cette accélération et cette plénitude que l'on observe dans les inflammations aiguës des poumons, par exemple [1]. » Rien de bien spécial, suivant les deux écrivains, du côté du système nerveux, du tube digestif et des reins (l'albuminurie n'était pas encore connue). A ce propos, la « plupart des auteurs ont longuement disserté sur ce sujet sans être arrivés à des conséquences positives. Home avait dit qu'à une certaine époque de la maladie, l'urine déposait un sédiment purulent. On a prouvé par des expériences directes que ce liquide ne présentait aucune des propriétés des mucosités et des concrétions albumineuses que l'on trouve dans le tube aérien. »

Si la *laryngite pseudomembraneuse est de nature vulgaire*, la toux n'offrirait rien de bien spécial, le sifflement manquerait ou se montrerait peu accentué. La voix ne serait pas altérée, tout au plus nasonnée [2]. Le rejet des fausses membranes manquerait absolument. L'accès disparaîtrait vite et ferait place à la guérison. Rilliet et Barthez reconnaissent du reste les premiers que la diphtérie laryngée est parfois bénigne; mais, actuellement, nous savons en tirer les conclusions qui en découlent, c'est-à-dire le rejet de leur laryngite pultacée.

Ces deux auteurs accordent aussi une importance numérique tout à fait exagérée au *croup d'emblée*, en somme, exceptionnel. Ils s'appuient non seulement sur les constatations de Rilliet à Genève, mais encore sur celles d'autres observateurs. « Ainsi, chez la plupart des enfants observés par Hache, le croup a ordinairement débuté par le larynx... Dans l'épidémie décrite par Vauthier, l'angine pseudomembraneuse a manqué dans la moitié des cas. »

Il n'y aurait pas de croup chronique, l'aspect clinique qui le simule se rapportant à l'expectoration pseudomembraneuse d'une forme de bronchite bien connue; mais, par contre, il existerait une sorte de croup intermittent, quand le rejet des fausses membranes s'accompagne de longues rémissions.

1. Bretonneau, Trousseau surtout, ont insisté sur le type irrégulier et rémittent de cette fièvre, peu intense généralement, bien que Guersant ait observé assez souvent une forme inflammatoire franche.

2. En somme, Rilliet et Barthez avaient en vue des cas de croup sporadique très légers.

La *durée* totale de l'affection serait difficile à préciser. Elle dépendrait de l'âge, de la faiblesse plus ou moins marquée, de la constitution et aussi des caractères propres à l'épidémie régnante. Elle serait en moyenne de 6 à 10 et même 14 jours. Les récidives se rapporteraient en réalité à la laryngite spasmodique.

Le *diagnostic* serait parfois difficile ; car, ici, un seul symptôme devrait être considéré comme pathognomonique : le rejet des fausses membranes. C'est pourquoi Rilliet et Barthez différencient longuement, mais sans détails nouveaux, le croup de la laryngite striduleuse, de la laryngite grave, de l'œdème de la glotte, des corps étrangers du larynx. Comme *complications*, en dehors de la pneumonie lobulaire, ils ne connaissent guère en réalité que les hémorragies plus ou moins profuses. Ils prêtent beaucoup d'importance, parmi les *causes*, au climat froid et humide, au tempérament lymphatique, à la débilité de la constitution. Souvent il existerait dans la famille une prédisposition à la tuberculose ou aux affections dartreuses (?). Le *traitement* est longuement développé, rationnel pour l'époque, mais ne saurait plus nous intéresser aujourd'hui. Quant à la trachéotomie, les deux écrivains adoptent le procédé de Trousseau, dont ils reproduisent de longs passages.

A propos du *croup secondaire*, Rilliet et Barthez font assez brièvement ressortir la rapidité de son évolution, la gravité de ses symptômes, l'irrégularité de sa marche. Les fausses membranes seraient aussi plus minces et plus diffluentes.

La *laryngite spasmodique* (laryngite striduleuse, faux croup) est décrite surtout d'après Guersant et d'après Jurine, comme l'avouent les deux auteurs, qui s'excusent à ce sujet, alléguant que, lors de leur première édition, ils possédaient trop peu de faits cliniques pour pouvoir être personnels. L'observation de tous les jours leur aurait prouvé du reste, plus tard, que leur description était très exacte. Ils insistent sur l'agacement nerveux que présenteraient au moment des accès plusieurs des petits malades. Ils sont plus pessimistes que Bretonneau et que Guersant. « Mais la maladie ne suit pas toujours cette marche bénigne. Les accès peuvent persister au delà du troisième jour, en devenant plus fréquents et en augmentant d'intensité, et enfin la mort peut être le résultat de la suffocation. » Ainsi que certains nosologistes de l'époque, ils pensent que la phlegmasie peut entièrement faire défaut et qu'en tout cas elle reste légère. L'élément spasmodique serait en somme le plus important [1]. En

1. Rilliet et Barthez, comme beaucoup des auteurs de leur époque, confondaient encore la laryngite striduleuse avec l'asthme thymique.

tout cas ce serait une affection franchement catarrhale et bien distincte du croup par sa nature.

C'est dans le cadre, assez artificiel, d'une nouvelle entité morbide, qu'ils appellent *laryngite érythémateuse et ulcéreuse aiguë*, que Rilliet et Barthez décrivent les cas de laryngite secondaire plus ou moins apparentés à notre laryngo-typhus actuel. D'autres observateurs, notamment Valleix[1], en France, avaient en vue, vers la même époque, des faits cliniques semblables ; mais Rilliet et Barthez ont eu le mérite de synthétiser les observations de ce genre, et de forcer ainsi l'attention du public médical. Leur description est, du reste, beaucoup plus détaillée. Tout d'abord ils s'excusent de décrire ensemble la laryngite érythémateuse et la laryngite ulcéreuse aiguë, parce qu'ils pensent au fond, sans trop le dire, qu'il s'agit de deux degrés d'une même maladie évoluant dans des circonstances spéciales, c'est-à-dire sur le terrain d'une maladie générale antérieure. Dans le premier cas, il y aurait rougeur vive avec tuméfaction de la muqueuse ; dans le second, ulcération, mais peu étendue en général et le plus souvent unique. Celle-ci mériterait, dans la majorité des cas, l'appellation plus modeste d'érosion, mais il n'en serait pas toujours ainsi. La voix paraîtrait enrouée ; parfois elle deviendrait rapidement éteinte. La toux serait moins caractéristique que la voix. L'expectoration ne présenterait rien de notable et il n'existerait pas de douleur au larynx. Souvent pénible, la respiration deviendrait parfois sifflante dans la forme légère ; dans la variété grave (ulcéreuse), elle semblerait très gênée. Il y aurait, de plus, fièvre intense, continue ; les accès intermittents manqueraient ou seraient peu marqués. Le pouls se ralentirait finalement, la face prendrait un aspect violacé avec gonflement du cou.

La forme grave aboutirait rapidement à la mort dans les cas intenses. Dans la variété la plus légère, les malades pourraient guérir, mais l'épuisement déterminé par une maladie antérieure, rendrait néanmoins le pronostic sombre. Rilliet et Barthez différencient longuement la nouvelle entité morbide du croup, avec lequel elle présentera une certaine analogie.

Les deux auteurs rangent *l'œdème de la glotte* parmi les affections hydropiques, contrairement à Bouillaud et à Cruveilhier, mais en distinguent une *laryngite sous-muqueuse avec bords de l'orifice supérieur du larynx tuméfiés et assez durs.* Ils en auraient observé un cas, dont ils mentionnent l'observation.

1. Valleix en faisait une laryngite ulcéreuse aiguë.

Quant aux deux faits de laryngite chronique qu'ils rapportent, dont l'une succéda au croup, il s'agissait peut-être tout simplement d'une paralysie des cordes vocales, la santé restant excellente et la phonation seule étant altérée.

Barthez est revenu personnellement, en 1850 (Union médicale), sur la *laryngonécrose* dont il cite deux faits cliniques intéressants. Dans le *premier cas*, il s'agit d'un tisserand âgé de 23 ans, entré à l'hôpital pour une fièvre typhoïde qui n'offrit rien de particulier. La convalescence marchait régulièrement, quand, à la suite d'un fort refroidissement, il ressent, le soir même, une forte douleur à la gorge. « Le lendemain, 16 avril 1841, à la visite, la voix est rauque ; petite toux sans expectoration, déglutition facile. Rien d'anormal dans l'examen de la gorge. Cependant le malade éprouve de la douleur dans le larynx lorsqu'on presse légèrement sur cet organe. » Le 18, mieux sensible en apparence, la voix n'est plus rauque. « Mais, le 19, l'interne de garde est appelé la nuit et trouve le patient dans un accès de suffocation extrême ; l'étouffement se dissipe, mais nous trouvons, à notre visite du matin, les traits du malade altérés, l'inspiration est laborieuse et sifflante, la toux rend un bruit croupal et strident. Nous avons la persuasion d'avoir affaire à un croup d'adulte et prescrivons le traitement en ce sens. Le 20, l'étouffement continue, face bouffie, lèvres violettes, pouls petit, filiforme, cent pulsations par minute. Jusqu'au 24, les nuits sont plus mauvaises que le jour. La toux est plus rauque, le larynx plus sensible à la pression. Ni gonflement ni rougeur au fond de la gorge. » Le 25, la situation devenant désespérée, on se résigne à la trachéotomie. Pendant l'opération, syncope grave ; mais on pousse néanmoins la canule dans les voies respiratoires ; la respiration se rétablit et le malade ressent bientôt un mieux sensible.

« Le 1er mai, sept jours après l'opération, nous voyons, en enlevant la canule pour la débarrasser de ses mucosités, poindre et sortir librement sur le côté gauche de la plaie, un corps lamelleux, d'un blanc terne, corrodé sur ses deux surfaces, ayant la forme et le volume de la moitié du cartilage cricoïde, et, par un effort de la toux, nous voyons encore un autre fragment cartilagineux s'échapper par l'ouverture du larynx, c'était le cartilage aryténoïde gauche. En pressant d'arrière en avant le larynx, on voit sortir de chaque côté de la plaie, une petite quantité de matière colorante jaunâtre.

« Jusqu'au 9, que du bouillon ; mais, à partir de ce jour, les aliments sont augmentés, et les forces reviennent ; le malade se lève sur son séant. Deux jours après, il ne va plus aussi bien,

la toux augmente; expectoration formée par une matière sanieuse diffluente, l'air qui s'échappe de la poitrine a une odeur fétide, repoussante; le malade a des frissons plusieurs fois dans la journée.

« Le 14, douleurs aiguës dans le côté droit de la poitrine; expectoration mêlée de sang vermeil; absence, du même côté, des bruits respiratoires; toux fréquente; crachats grisâtres et fétides, d'une odeur gangreneuse repoussante. L'expectoration se ralentit dans la soirée et le malade succombe le 18, vingt-cinq jours après l'opération. »

A l'autopsie, on constate les lésions suivantes :

« Dans l'intestin grêle, tous les caractères anatomiques de la fièvre typhoïde...

« Le larynx est détaché et isolé de la peau, qui offre, au niveau de la région cricoïdienne, une teinte verdâtre qui se communique aux muscles et au tissu cellulaire sous-jacent. On divise le larynx par une incision longitudinale et il est impossible de trouver à gauche cette partie du cartilage cricoïde; on voit à sa place un espace libre, et la membrane muqueuse perforée en plusieurs endroits et boursoufflée. Toutes ces altérations correspondent exactement à la teinte verdâtre remarquée sur la peau. Du côté droit, on retrouve encore une partie du cartilage cricoïde, non flexible, friable et comme ossifié; articulation crico-aryténoïdienne complètement détruite.

« Le cartilage thyroïde offre sur la face externe du bord inférieur gauche, ainsi que sur sa saillie, dans une étendue de deux millimètres environ, des points cartilagineux profondément nécrosés... »

Le *second cas* se rapporte à une laryngo-nécrose survenue également dans le cours d'une fièvre typhoïde. Nous empruntons à l'auteur les détails intéressants de son histoire clinique.

« C..., 22 ans, de constitution lymphatique, habitant une des contrées les plus humides de la Bretagne, entré à l'hôpital atteint de fièvre typhoïde commençante.

« Rien de particulier pendant la durée de la fièvre, à part une toux fréquente.

« Malgré la gravité des symptômes, la convalescence marche avec rapidité et, au bout d'un mois, C. allait et venait dans l'intérieur de l'hôpital et mangeait la demi-portion.

« Depuis plusieurs jours, le malade avait pris l'habitude de rester assis sur un banc, d'où il recevait l'impression d'un courant d'air froid.

« Le douzième jour de la convalescence, nous trouvâmes C.,

à la visite du matin, avec une toux rauque et la voix croupale. Rien de particulier à la gorge ; la déglutition est facile ; pas de sifflement dans la respiration ; pas de sensibilité du larynx ; pouls normal...

« Six jours se passent sans présenter de caractère fâcheux, quand, tout à coup, des symptômes graves se manifestent du côté du larynx ; fièvre, accès de suffocation durant pendant deux heures.

« A la visite, le matin, le calme a reparu ; la nuit suivante, nouvel accès de suffocation avec toux opiniâtre sans expectoration. La physionomie change subitement : anxiété extrême ; toux croupale ; le malade peu à peu perd ses forces et expire après une courte agonie, sans suffocation, treize jours après l'apparition des premiers signes de l'affection du larynx.

« A l'autopsie, nous voyons sur la peau qui recouvre la région cricoïdienne une teinte bleuâtre ; partout ailleurs, elle est normale. Cette couleur, plutôt verdâtre, se continue sur tout le tissu musculaire et cellulaire sous-jacent. Sur chaque côté de l'incision du larynx, on voit s'avancer librement les deux bouts du cartilage cricoïde sous forme de lamelles... »

Barthez conclut de cette investigation nécropsique que « la laryngo-nécrose ne diffère pas essentiellement, au point de vue des altérations anatomiques, de la phtisie laryngée[1] ; on voit, dans ces cas, des ulcérations plus ou moins étendues de la muqueuse du larynx, de l'épiglotte et des lèvres de la glotte ». D'évolution rapide, d'une gravité extrême surtout à sa période d'état, provoquée par une cause quelconque telle que le refroidissement, évoluant sur un terrain taré par une grave maladie antérieure, elle engendrerait les lésions les plus graves et se terminerait le plus souvent par la mort.

1. C'est l'opinion aussi de Valleix qui fait de ces cas une forme aiguë de la phtisie laryngée.

XVI. — SESTIER

La monographie de Sestier sur l'*œdème de la glotte* (Paris, 1852) est le travail le plus complet qui ait paru sur la question pendant toute la période préspécialistique du XIX[e] siècle. Historique, étiologie, anatomie pathologique, symptomatologie, tout est examiné avec le plus grand soin et avec tous les développements que comporte le sujet. L'auteur s'affirme nettement polygéniste, c'est-à-dire qu'il admet que la source des accidents morbides peut être multiple. A côté de l'infiltration séreuse, séro-purulente, purulente, il y aurait l'infiltration tuberculeuse solide ou demi-solide. En un mot, ce serait la localisation des lésions et non leur nature qui commanderait la symptomatologie. Ajoutons que l'écrivain a décrit comme ses devanciers des formes cliniques fondées sur la durée du mal. De nombreuses observations empruntées par Sestier à la littérature médicale de l'époque ou qui lui sont personnelles lui permettent enfin de mieux préciser ces différents aspects cliniques.

Parmi les *facteurs étiologiques*, les affections gutturales joueraient, suivant l'auteur, un rôle très important qui avait été signalé trop sommairement par ses prédécesseurs. « L'inflammation de la gorge est une des causes les plus fréquentes de l'infiltration laryngée [1] ; nous en avons réuni 67 cas. Cette inflammation varie dans sa nature, dans son acuité, et selon aussi les circonstances au milieu desquelles elle se développe. Nous avons analysé 56 cas d'angines infiltro-laryngées subordonnées à une inflammation aiguë et simple de l'arrière-bouche, le larynx n'étant le siège d'aucune lésion antécédente .» Bien que l'œdème de la glotte coïncide assez rarement avec l'inflammation aiguë du pharynx, ce n'en serait pas moins une des complications les plus redoutables de cette affection. A ce sujet, l'auteur entre dans de longs relevés statistiques, suivant la mode de l'époque intronisée par Louis. Ces considérations ont grandement perdu de leur importance maintenant que nous savons que les

1. C'est ainsi que Sestier appelle l'œdème de la glotte.

lésions isolées ou concomitantes de l'amygdale linguale sont ici le grand danger, qu'il y ait ou non coïncidence avec une tonsillite palatine. Quoi qu'il en soit, voici ce que l'auteur a écrit sur ce sujet :

« Il importe de distinguer ici l'état antécédent des sujets. L'inflammation aiguë de la gorge chez des individus d'ailleurs bien portants a été 31 fois le point départ de l'infiltration du sommet du larynx. Les malades étaient âgés de 15 à 60 ans, et dans les proportions suivantes : 3 d'entre eux avaient de 15 à 20 ans ; 7, de 20 à 30 ; 4, de 30 à 40 ; 8, de 40 à 50 ; 4, de 50 à 60. Cinq autres sujets dont l'âge n'a pas été formulé avaient cependant dépassé la première ou la seconde enfance. Aucun enfant ne se trouve donc signalé dans ce groupe et cependant, dans le jeune âge, la phlegmasie simple de la gorge est assez commune.

« Parmi les malades dont nous parlons, 18 appartenaient au sexe masculin et 13 au sexe féminin.

« Dans 25 cas, l'infiltration laryngée a été subordonnée à une inflammation de la gorge survenue elle-même pendant la convalescence ou dans le cours de maladies diverses, mais étrangères au larynx. Parmi ces 25 malades, nous trouvons 2 enfants de 4 à 6 ans et 3 vieillards de 68 à 71 ans. Les autres sujets étaient âgés de 18 à 60 ans ; savoir : 2 de 15 à 20 ans ; 7 de 20 à 30 ; 5 de 30 à 40 ; 2 de 40 à 50 ans ; 1 de 50 à 60.

« Sur les 23 sujets qui avaient dépassé l'enfance, 18 appartenaient au sexe masculin et 5 seulement au sexe féminin.

« En sorte qu'en réunissant tous les cas où l'angine infiltro-laryngée s'est trouvée sous la dépendance d'une inflammation aiguë et simple de la gorge, le larynx n'étant le siège d'aucune lésion antécédente, nous en trouvons 56.

« Dans les 56 cas que nous étudions, outre les lésions inflammatoires et ordinaires de l'arrière-bouche, nous avons trouvé, 7 fois, des lésions diverses et voisines du larynx, savoir : une infiltration séro-purulente de la région antérieure du cou (4 fois) ; un foyer purulent derrière la membranne thyro-hyoïdienne ; un engorgement du cou ou de la parotide (2 fois). Ces lésions qui, toutes, nous paraissent avoir été antérieures à l'angine œdémateuse, ont peut-être contribué à son développement ; du moins leur rôle est obscur ou douteux, si on le compare à celui, dès à présent si bien démontré, de l'inflammation de la gorge.

« Sur 56 cas, l'inflammation gutturale a été : intense, 10 fois ; moyenne, 25 fois, et légère, 11 fois. On ne saurait conclure de là que l'inflammation gutturale légère ou de moyenne intensité

soit plus souvent suivie d'œdème laryngé que celle qui est intense, puisque les deux premières sont certainement chacune beaucoup plus fréquentes que la troisième.

« Mais ce qui ressort positivement de cet examen c'est que l'inflammation intense et l'inflammation modérée ou même très légère de la gorge peuvent devenir le point de départ de l'infiltration du sommet du larynx. Rappelons ces individus surpris en pleine santé par une angine gutturale légère et qui ont succombé, en peu d'heures, à l'œdème laryngé. »

En dehors des causes (syphilis, tuberculose) réalisant ce qu'on appelait alors la phtisie laryngée, Sestier est assez peu précis, en raison des données insuffisantes de l'époque. Ainsi il signale l'apparition de l'œdème de la glotte au cours de la pneumonie, du catarrhe, de la coqueluche. Depuis certaines communications retentissantes, celle de Bouillaud notamment, on savait que l'érysipèle de la face peut se compliquer d'infiltration des replis aryténo-épiglottiques. L'auteur en mentionne 4 cas et suppose que, chez les sujets en question, le processus morbide s'était propagé d'abord à l'arrière-bouche. Les facteurs d'hydropisie et non plus d'irritation sont ainsi notés : « Trois fois, l'affection s'est développée chez des sujets atteints d'anasarque, par suite de maladies du cœur ou de fièvre intermittente. Ces trois observations nous montrent le danger qui accompagne l'inflammation de la gorge, lorsqu'elle survient chez des individus atteints de diathèse séreuse. » L'insuffisance de ces constatations s'explique par l'ignorance générale sur les conséquences éloignées du mal de Bright. Ce n'est qu'un peu plus tard que celui-ci fut, du reste, un peu mieux connu. Dans un cas, l'œdème de la glotte serait survenu dans la convalesence de la fièvre typhoïde (laryngo-typhus bénin et tardif). Quant à l'influence d'une fracture de jambe, d'une balano-postite, il s'agirait, comme semble le penser aussi Sestier, de simples coïncidences.

Pour la *description des lésions*, Sestier avait parmi ses prédécesseurs, Cruveilhier surtout, d'excellents modèles ; mais on doit reconnaître qu'il est plus circonstancié et par là plus instructif.

« Les replis, au lieu de lames minces, à bord supérieur tranchant, forment deux corps cylindroïdes irréguliers ou deux *bourrelets* un peu aplatis, de manière à présenter une face externe tournée légèrement en haut, et une face interne dirigée un peu en bas ; leur bord libre est un peu épaissi et arrondi. Ordinairement, les replis sont plus courts que dans l'état naturel et d'autant plus courts qu'ils sont plus épais. On a vu la partie

supérieure du larynx d'un rouge livide, tellement tuméfiée et déformée qu'elle simulait un col utérin enflammé (Trousseau et Belloc).

« Les bourrelets sont ordinairement *lisses* et *tendus*. Quelquefois, ils offrent des rides, des *bosselures*, par suite de la disparition d'une partie du liquide infiltré, et, peut-être aussi, par suite de l'adhérence inégale de la membrane muqueuse au tissu cellulaire sous-jacent.

« Ainsi, sur un sujet observé par Delpech les replis aryténo-épiglottiques et l'intérieur même du larynx présentaient des rides nombreuses et variées dans leur direction, un aspect gaufré fort extraordinaire. Chez un jeune homme, cité par Louis, le pourtour de l'orifice supérieur était ridé comme les doigts qui ont été maintenus dans l'eau un espace de temps plus ou moins considérable.

« L'orifice supérieur du larynx qui, dans l'état normal, est triangulaire, est souvent transformé en une *fente* linéaire et courte, d'autres fois en un trou plus ou moins régulièrement arrondi.

« Lorsqu'un seul repli est infiltré, l'orifice est déjeté du côté opposé, remarque qui n'est pas inutile lorsqu'il s'agit d'introduire la sonde laryngienne[1]...

« La mobilité des bourrelets est variable ; le plus ordinairement une légère pression exercée de haut en bas les abaisse et diminue l'orifice qu'ils circonscrivent. Ou bien, si, détachant le larynx et la moitié supérieure de la trachée, on adapte à celle-ci le tube d'un soufflet et que l'on fasse le vide, les replis œdématiés s'abaissent, pour se relever au moment où l'on rapproche les valves de l'instrument. Aussi, pendant la vie, l'inspiration est-elle difficile et bruyante, l'expiration restant facile et silencieuse. L'occlusion de l'orifice du larynx étant en raison directe de la violence de l'aspiration, on recommandera aux malades d'inspirer autant que possible lentement et doucement.

« Parfois les bourrelets, quoique épais et tendus, peuvent néanmoins s'élever ; mais bientôt ils retombent lourdement sur l'orifice qu'ils oblitèrent en grande partie.

« D'autres fois, ils sont flasques et tremblotants, il est facile de les soulever, de les abaisser, de les agiter, et, si l'un deux est plus infiltré et plus allongé que l'autre, il peut s'introduire, s'engouffrer en quelque sorte dans l'orifice supérieur du larynx (sujet de Bayle, n° 2).

« On conçoit dès lors aussi qu'un tel repli puisse déterminer, par ses vibrations, le bruit de drapeau (obs. Benoît, n° 4). »

1. Pour faire le tubage, qui commençait à être préconisé.

L'auteur insiste beaucoup sur les formes d'infiltration aryténo-épiglottique.

« La nature du liquide infiltré est loin d'être toujours la même ; on comprend ses variétés sous les dénominations suivantes : sérosité ténue, limpide et transparente ; sérosité sanguinolente ; sérosité tenace, filante, visqueuse et adhérente aux mailles du tissu cellulaire ; lymphe plastique, gélatiniforme et transparente; sérosité purulente, trouble et jaunâtre ; pus sous forme de gouttelettes distinctes et disséminées dans la lymphe plastique ; pus réuni en foyers plus ou moins volumineux.

« Plusieurs de ces liquides sont quelquefois réunis sur le même larynx. L'un des bourrelets, par exemple, est rempli de sérosité et l'autre de pus disséminé au milieu d'une lymphe coagulable.

« Ces divers liquides ne se rencontrent pas non plus avec une égale fréquence... 68 fois sur 89, le liquide infiltré a été de la sérosité, très rarement sanguinolente, ou de la lymphe plastique et, 21 fois seulement, du pus mêlé à de la sérosité.

« Dans un seul cas, le liquide infiltré était du *sang en nature...* Dans ce cas, la membrane muqueuse des bourrelets était rouge, comme fortement ecchymosée et sensiblement épaissie... La matière purulente affecte différentes dispositions; tantôt le tissu est simplement infiltré de *matière purulente* blanchâtre, s'écoulant sans trop de difficulté. « D'autres fois, le pus est concret, en quelque sorte combiné avec du tissu cellulaire sous-muqueux.

« L'œdème du tissu cellulaire des replis supérieurs du larynx se termine-t-il parfois par l'*induration* ? C'est probable, mais nous n'en connaissons aucun exemple parfaitement constaté... »

Parfois, dit Sestier, on constaterait d'une façon indubitable l'existence de l'*infiltration de l'épiglotte*.

« Remarquons d'abord la fréquence de cette dernière. Sur quatre-vingt-une observations, soixante-quatorze fois l'épiglotte était infiltrée. Et comment interpréter le silence que les auteurs ont gardé dans un grand nombre de cas sur l'état de l'épiglotte ? Cet organe était-il ou non infiltré ?

« Si nous remarquons que les replis ary-épiglottiques se continuent avec l'épiglotte ; que le tissu cellulaire des bords et aussi de la base de celle-ci est lâche et assez abondant..., c'est sans doute que les auteurs, attachant peu d'importance à l'épiglotte elle-même, ont compris cet organe dans l'ensemble des parties qui circonscrivent l'orifice supérieur du larynx.

« Le volume de l'épiglotte infiltrée est très variable. Sur

soixante-treize cas, huit fois, il est vrai, l'infiltration a été peu marquée, n'affectant même que la base de l'organe dans quatre de ces cas ; cinquante-neuf fois, cette infiltration a été très notable, souvent même considérable et, six fois enfin, elle a été énorme, jusqu'à la grosseur d'une petite noix (Gendrin), d'une grosse noisette (Récamier).

« Ordinairement, l'infiltration envahit l'épiglotte dans toutes ses parties. Quelquefois, elle n'atteint qu'une portion de l'organe...

« L'épiglotte conserve en général sa forme ordinaire, à cela près cependant que ses bords et son sommet sont mousses et arrondis et que son corps est plus ou moins épaissi ; mais, quand l'infiltration est considérable, cet organe devient un corps sphéroïdal ou ovoïde comparable à une aveline, à une petite noix ou à l'extrémité du pouce.

« Quant à sa situation, l'épiglotte est relevée comme, au reste, dans son état naturel ; elle est même parfois poussée en avant vers la base de la langue.

« L'épiglotte est non seulement relevée, mais, de plus, elle est maintenue immobile ; aussi ne peut-elle se rabattre en arrière et fermer l'orifice supérieur du larynx. Sa coloration et le liquide qui l'infiltre sont presque toujours semblables à la coloration des bourrelets et au liquide contenu dans leur tissu, circonstance utile à noter.

« La description qui précède nous laisse facilement entrevoir le rôle que joue ici l'épiglotte... » Parfois même, l'infiltration gagnerait le reste de la cavité laryngée.

« L'*œdème interne du larynx* se rencontre fréquemment dans l'angine laryngée œdémateuse. En effet, si nous n'avons égard qu'aux observations dans lesquelles l'intérieur du larynx a été décrit (72), nous trouvons que l'œdème interne a existé cinquante-deux fois et manqué vingt fois ; c'est-à-dire que, dans un peu moins du tiers des cas, l'œdème aryténo-épiglottique aurait existé sans œdème intra-laryngé, tandis que, dans un peu plus des deux tiers des cas, ces deux œdèmes auraient été réunis. Toutefois, si nous admettons que les observateurs qui ont inspecté les replis supérieurs du larynx ont examiné aussi l'intérieur de cet organe, et s'ils l'avaient trouvé infiltré en tout ou en partie, ils l'auraient noté, vu l'importance et la singularité de cette lésion, nous serons fort disposé à croire que les cas d'angine laryngée œdémateuse sans infiltration de l'intérieur même du larynx sont, en réalité, beaucoup plus nombreux que la proportion précédente ne l'indique. »

De tout ceci, Sestier conclut, comme Blache, comme Trous-

seau et Belloc, que l'œdème de la glotte est surtout de nature inflammatoire, mais qu'il peut être hydropique, l'afflux de sérosité étant dû ici surtout à la présence d'une épine irritative.

« Si nous remarquons que, le plus ordinairement, les bourrelets aryténo-épiglottiques ont présenté les caractères manifestes de l'inflammation, savoir : de la rougeur, de la lymphe plastique, de la sérosité purulente ou du pus ; que, d'autres fois cependant, ils étaient sans rougeur et infiltrés seulement de sérosité, nous admettrons que l'inflammation de la gorge détermine l'infiltration laryngée, tantôt, et le plus ordinairement, en envahissant par continuité de tissu le sommet du larynx, tantôt par une influence à distance. Dans le premier cas, il y a *inflammation* ; dans le second, simple *irritation sécrétoire* du tissu cellulaire des replis aryténo-épiglottiques. A moins cependant qu'on ne suppose, dans ce dernier cas, que la membrane muqueuse des replis a été, pendant la vie, le siège d'une phlegmasie légère et commençante, dont les traces ont disparu après la mort. »

Nous passerons sous silence ce que Sestier a écrit sur les symptômes, la marche, le pronostic ; car tout ceci avait été déjà complètement et admirablement décrit par ses prédécesseurs. Il ne pouvait donc être original. Disons cependant ici que l'auteur a remarquablement étudié la question fort épineuse du diagnostic.

D'ailleurs, il prend, en quelque sorte, sa revanche, à propos du *traitement* qu'il expose d'une façon magistrale. « C'est surtout pour en éclairer les diverses parties que nous avons insisté, avec tant de soin, sur les caractères anatomiques, sur les causes et la nature, ainsi que sur les symptômes et le diagnostic de cette dangereuse affection. » Les moyens médicaux fixent d'abord son attention. Les procédés dits de dérivation étaient nombreux. « Ce sont les émissions sanguines générales ou locales, les vésicatoires, les sinapismes, les vomitifs, les purgatifs, les diurétiques, les diaphorétiques, les sialagogues, les expectorants, les altérants. » Puis venaient les calmants, tels que narcotiques, antispasmodiques, tartre stibié à haute dose, suivant la méthode de Rasori. Il est bien évident aujourd'hui que ces façons de combattre le mal sont tombées, en grande partie, en désuétude à cause de leur inefficacité habituelle. C'est ce qui ressort aussi du reste de l'examen très consciencieux de Sestier.

Par contre, l'écrivain a une confiance imméritée dans l'application locale de certains topiques, tels que la poudre d'alun, dont Velpeau s'était fait le propagateur dans les angines aiguës.

Il est vrai que Sestier le réserve pour les cas récents et peu intenses. Il pense aussi que le nitrate d'argent, porté au sommet du larynx, d'après la méthode de Trousseau, « est appelé à jouer un rôle important dans la cure de l'angine laryngée œdémateuse ». Mais l'auteur fait, avec raison, peu de cas du massage (Thuillier) et de la scarification (Lisfranc) des replis aryténo-épiglottiques. Il en serait de même pour la déchirure artificielle (Marjolin) de ces ligaments.

Restaient en réalité la pharyngotomie (bronchotomie sus-laryngienne de Malgaigne) et la trachéotomie. *A priori*, la première, ne remédiant pas à l'obstacle, devrait être rejetée, malgré le cas favorable publié par Vidal de Cassis. Cette opération ne serait valable que s'il existait un foyer purulent à la base de la langue et surtout au niveau de la membrane thyro-hyoïdienne. La trachéotomie au contraire, de par la localisation des lésions et la nature de l'obstacle, serait tout indiquée. D'ailleurs, la pratique aurait montré toute son efficacité dans les deux cinquièmes des cas environ. Néanmoins, il faudrait faire entrer en ligne de compte la date de l'intervention, l'état du sujet et la nature du mal. Ainsi, quand l'œdème de la glotte est dû à une angine, on aurait eu dix succès sur treize interventions, tandis que, dans les cas d'altérations graves du larynx, l'insuccès serait habituel (phlegmon diffus, nécrose). S'il y a œdème du cou, d'autre part, l'intervention s'en trouverait beaucoup gênée.

A propos des accidents opératoires, tels qu'introduction de l'air dans les veines, oblitération de l'ouverture pratiquée sur la trachée, rien à dire de spécial, ainsi que sur la technique, ces questions ayant été depuis longtemps résolues. Ces paragraphes n'ont d'intérêt que pour renseigner sur l'opinion des contemporains de Sestier touchant ces divers points. L'avis de celui-ci était, du reste, autorisé ; car il avait, sur cette matière, une expérience personnelle étendue, sinon originale.

XVII. — TROUSSEAU



Le rôle de Trousseau en nosologie laryngée a l'importance de celui de Lasègue en pathologie gutturale. Il a tracé, après Bretonneau, après Guersant, un portrait inoubliable du croup, qu'il a contribué à différencier de la laryngite striduleuse[1]. Il a composé avec Belloc une monographie des plus importantes de la phtisie laryngée, ouvrage où l'on trouve encore de précieux renseignements sur l'œdème de la glotte, sur la syphilis et le cancer de l'organe phonateur. Il a inauguré les médications topiques au niveau de l'appareil vocal, ainsi qu'il a soin de le faire remarquer. Enfin, c'est lui qui a vulgarisé et fait entrer définitivement dans la pratique la trachéotomie, qui obvie parfois d'une façon si merveilleuse aux différentes sténoses laryngées. C'est ce rôle divers et multiple que nous allons nous efforcer de faire ressortir.

I. — **Croup.** — Trousseau s'est montré longtemps, en diphtérie, le disciple fidèle de l'école de Tours ; mais, lors de la terrible épidémie parisienne de 1855, éclairé par la clinique, il perfectionne l'œuvre de Bretonneau, en la complétant par l'étude des formes malignes de l'affection.

Comme son maître, il pense que le mal débute presque invariablement par la gorge et il se préoccupe peu du croup d'emblée, qu'il regarde avec raison comme exceptionnel. C'est donc une fusion intime de l'angine pseudomembraneuse et du croup, qu'il réalise dans son admirable description de la diphtérie. A côté des variétés bénignes qui semblent se cantonner dans la gorge[2], il y

1. Trousseau s'est occupé toute sa vie de la diphtérie ; mais ses opinions se sont complétées dans ce long laps de temps beaucoup plus que transformées. Aussi, avons-nous cru pouvoir délaisser, dans cette question, les nombreux articles de journaux ou rapports à l'Académie de médecine, pour nous en tenir à ses cliniques de l'Hôtel-Dieu.

2. Diphtéroïde de Lasègue.

aurait, dans la majorité des cas, tendance manifeste à un envahissement plus ou moins étendu de l'appareil respiratoire et, dès lors, cette propagation devient très dangereuse par les phénomènes asphyxiques qu'elle détermine.

« Si la diphtérie pharyngienne, abandonnée à elle-même, peut rester bornée au pharynx, ainsi que Bretonneau lui-même en a cité des exemples, ainsi qu'on peut l'observer assez souvent dans certaines épidémies, le plus habituellement elle va se propageant[1]. En quelques cas, elle gagne l'œsophage et arrive jusqu'au cardia. L'illustre médecin de Tours en a rapporté deux exemples. Borsieri en avait signalé de semblables ; mais, presque invariablement, elle envahit le larynx, la trachée et constitue le croup. C'est là la marche ordinaire ; c'est là la terminaison la plus commune de la diphtérie. Nous voyons, en effet, bien plus d'individus atteints de cette maladie mourir du croup que nous n'en voyons succomber à ces angines malignes dont je vous parlerai plus loin, qui tuent à la façon des maladies septiques[2].

« Cette propagation de l'affection diphtérique au larynx avait été depuis longtemps parfaitement vue. Arétée la signale déjà dans son chapitre *De tonsillarum ulceribus*, où vous trouverez la première mention que nous ayons de l'angine couenneuse, qu'il désigne sous le nom *d'ulcera pestifera*, en rappelant les dénominations d'ulcère égyptiaque, syriaque, sous lesquelles on la désignait alors. Lisez les relations des épidémies consignées dans les annales de la médecine, vous verrez que non seulement cette propagation de la maladie au larynx était parfaitement connue, mais qu'encore elle occupait plus spécialement l'attention des médecins. Quel que soit le nom qu'on lui donne, l'affection laryngo-trachéale est indiquée comme la cause de la mort, puisque nulle part il n'est question de la forme maligne à laquelle je viens de faire allusion. »

Quelques quintes, l'altération de la voix seraient les phénomènes les plus précoces de l'envahissement du larynx ; puis apparaîtraient les phénomènes de suffocation. « Le croup s'annonce d'abord par une petite toux sèche qui revient par

1. Suivant Bretonneau, le mal se propagerait de haut en bas comme s'il obéissait aux lois de la pesanteur.

2. Pendant longtemps, Trousseau, comme ses prédécesseurs et ses contemporains, pensait que la diphtérie est surtout dangereuse par les phénomènes asphyxiques qu'elle détermine ; si plus tard, comme on vient de le voir, il modifia ses idées, il ne fit point tout à fait à l'infection la part qu'elle méritait et qui était, en somme, le principal.

quintes très courtes, à des intervalles rapprochés. La voix, qui jusqu'à ce moment s'était conservée nette, s'altère quelque peu et présente, comme la toux, des caractères spéciaux, importants à bien connaître, qu'on ne saurait décrire, mais qu'on n'oublie pas, une fois qu'on les a observés. La toux est non pas sonore, éclatante[1], mais au contraire, rauque, sourde, sèche, produisant un bruit comparable à l'aboiement lointain d'un jeune chien... Au début, elle est très fréquente, mais j'insiste beaucoup sur ce point, elle perd ordinairement de ce caractère à mesure que le mal fait des progrès.

« Jusque-là cependant, il n'y a pas encore de difficulté de respirer ; mais, au bout de peu de temps chez l'enfant, au bout d'un temps notablement plus long chez l'adulte[2], cette difficulté de respirer commence principalement la nuit[3], et alors aussi se produit un sifflement laryngo-trachéal à chaque inspiration. Il s'étend également, mais moins prononcé, dans l'expiration. Après chaque quinte de toux, ce sifflement est encore plus marqué[4]. Il est produit par une inspiration courte, sèche, comme métallique, se percevant parfaitement à distance. En auscultant la trachée ou la partie postérieure du thorax, il arrive tellement fort à l'oreille qu'il masque le bruit de l'expansion vésiculaire... La douleur éprouvée dans le larynx est peu vive[5] ; cependant les quintes de toux la réveillent. Elle occupe non seulement le larynx, mais encore la trachée-artère et s'étend jusqu'à la partie antérieure du sternum.

« Le mal continuant à s'aggraver, la toux devient de moins en moins fréquente, si bien qu'à mesure que les fausses membranes s'étendent et s'épaississent, les quintes s'éloignent et ne reviennent

1. Les anciens auteurs comparaient la toux à un bruit sonore, éclatant, analogue au cri du coq ou à un fort aboiement. Voir sur ce sujet l'article consacré à Royer-Collard.

2. Chez l'adulte, comme a eu bien soin de le remarquer Trousseau, la diphtérie a une marche en général bien plus lente que chez le jeune sujet. C'est chez lui surtout qu'il y a pourriture des fausses membranes, à cause de la lenteur du processus.

3. Dans le sommeil, l'activité respiratoire est moindre et tout obstacle tend à gêner notablement l'hématose.

4. A côté du rôle mécanique du gonflement inflammatoire et de l'accumulation des fausses membranes, il y a certainement un élément nerveux, la parésie des dilatateurs de la glotte avec rapprochement consécutif des cordes vocales. Celles-ci sont du reste fréquemment paralysées à la suite du croup, d'où les soi-disant phtisies laryngées caractérisées par de l'aphonie plus ou moins totale et persistante, citées par les vieux auteurs et même par Trousseau, à la suite du croup.

5. Le poison diphtérique anesthésie souvent le larynx, d'où la diminution de la toux, à une période avancée, fait signalé par Trousseau.

que tous les quarts d'heure, toutes les demi-heures, quelquefois à des intervalles plus longs encore; alors aussi elle perd de sa raucité et s'éteint le plus souvent [1]. La voix qui elle-même était rauque et avait quelque chose de métallique s'éteint à son tour. Le malade est souvent aphone. Vox nihil significat, disait Arétée. Les phénomènes qui ordinairement accompagnent la gêne de la respiration dans la laryngite pseudomembraneuse sont l'indice le plus certain des concrétions diphtériques sur les lèvres de la glotte. » Trousseau compare en effet les dépôts fibrineux à un morceau de parchemin humide déposé sur l'anche vibratoire d'une clarinette ou d'un basson. Il y aurait en un mot « absorption et destruction des vibrations sonores [2]. » Les accès de dyspnée sont fort bien décrits, mais sans détails nouveaux. A ce propos, l'auteur fait des remarques historiques assez intéressantes. Il laisse pour le moment indécis le mécanisme de la crise, spasmes ou tuméfaction inflammatoire (Bretonneau).

Les conséquences tragiques de ces crises, c'est-à-dire l'épuisement et la stupeur, puis la terminaison fatale si le mal ne s'améliore pas, sont décrites, bien entendu, de main de maître. Trousseau signale lui aussi les améliorations trompeuses qu'amène parfois le rejet des fausses membranes et qu'avaient mentionnées Royer-Collard, Double, Guersant, etc., avant lui. « Les parents conçoivent alors des espérances que le médecin est tenté de partager. Mais celui-ci ne doit point perdre de vue que la diphtérie est une maladie qui, si elle accorde parfois des trêves, ne pardonne point aussi aisément. » Cependant Trousseau reconnaît avoir vu la guérison s'établir ainsi dans des cas, il est vrai, exceptionnels.

Comme variété clinique rare, l'auteur signale les croups d'emblée, qui s'expliquent si aisément aujourd'hui par une rhinite diphtérique passée inaperçue et respectant en descendant l'isthme du gosier. A ce sujet, est rapporté longuement le cas emprunté à Blondeau, qui l'avait observé dans le service de Guersant.

Comme tous les bons observateurs, Trousseau savait que le mal envahit souvent l'arbre aérien tout entier [3]. Il cite, à ce sujet, les recherches du Dr Hussenot, d'après lesquelles la diphtérie s'arrêterait à la trachée dans les deux tiers des cas environ;

1. Parce que, comme nous l'avons rappelé plus haut, motilité et sensibilité sont paralysées par le poison diphtérique.

2. C'est ingénieux mais inexact, l'aphonie survenant parfois avec très peu de fausses membranes et continuant souvent quand celles-ci sont momentanément expulsées.

3. Voir, à ce sujet, nos articles sur Royer-Collard, Guersant, Rilliet et Barthez.

cependant il n'en serait pas ainsi dans toutes les épidémies et surtout dans les diphtéries secondaires, beaucoup plus malignes que la diphtérie primitive ainsi que l'avait démontré, en 1857, le Dr Peter[1] dans un travail justement célèbre.

A propos du diagnostic, Trousseau a toujours beaucoup insisté sur l'insignifiance habituelle du début, bien qu'il connaisse les cas fébriles plus intenses[2] cités par exemple par Guersant, parce que ces exceptions sont en somme assez rares. « Méfiez-vous, dans la pratique des maladies du jeune âge, de ces accidents si légers en apparence qui peuvent être le début d'une maladie terrible. »

A ce point de vue, les choses se passeraient chez l'adulte exactement comme chez l'enfant. Chez l'adulte, cependant, la dyspnée serait moins marquée que chez les jeunes sujets et l'évolution notablement plus lente.

La *diphtérie maligne*, contrairement à la diphtérie bénigne, ne tuerait pas en asphyxiant les malades, mais en les empoisonnant, en les foudroyant en quelque sorte. A ce propos, Trousseau, dont l'attention sur ce point avait été attirée par son maître Bretonneau dans ses conversations particulières et par le célèbre mémoire de celui-ci en 1855, lors de la terrible épidémie parisienne qui éclata à cette date, insiste beaucoup sur la diphtérie nasale. Il décrit le jetage qui lui est particulier, l'obstruction des fosses nasales, les épistaxis répétées[3]. L'engorgement ganglionnaire considérable sentirait la peste, les fausses membranes seraient moins épaisses, moins adhérentes et beaucoup plus envahissantes que de coutume. Les symptômes généraux, contrairement à la forme commune, seraient ici intenses, notamment la fièvre, le délire fréquent, la tendance au collapsus et au refroidissement. Par contre, l'asphyxie et les accès de dyspnée seraient peu apparents chez beaucoup de sujets et, en tout cas, moins marqués que d'habitude[4]. Comme Bretonneau, Trousseau rejetait la saignée[5], les révulsifs locaux, les purgatifs et s'en tenait surtout aux applications caustiques, avec lesquelles on obtenait quelques succès, ceux-ci constituant en même temps des antiseptiques assez efficaces.

1. Rilliet et Barthez avaient déjà bien étudié avant lui la diphtérie secondaire, mais leur description est moins circonstanciée.

2. Quand, par exemple, la diphtérie est mixte et compliquée de streptococcie ou de pneumococcie.

3. Néanmoins, comme les contemporains, il ignore les diphtéries bénignes cantonnées aux fosses nasales.

4. D'ailleurs le collapsus diminue beaucoup la réaction asphyxique.

5. C'était la grande ressource de Broussais et de ses adeptes qui croyaient ainsi empêcher l'inflammation d'aboutir au stade couenneux.

La *laryngite striduleuse* est fort bien exposée ; mais il faut avouer qu'il restait peu à faire après Guersant, qui avait laissé de cette affection une description magistrale et fort complète. Trousseau se montre, ici, tout à fait optimiste et ne se préoccupe que du diagnostic.

II. — **Traité pratique de la phtisie laryngée, de la laryngite chronique et des maladies de la voix.** — Contrairement aux travaux précédents, Trousseau a eu ici un collaborateur, de telle sorte qu'il est assez difficile de faire la part de chacun dans l'œuvre commune, d'autant plus que Belloc était un médecin des plus distingués et des plus érudits. Cependant, nous ne croyons pas être injuste en ne lui accordant qu'un rôle secondaire. Il est évident pour tous ceux qui connaissent la prédilection de Trousseau pour les maladies de la gorge et du larynx que le grand clinicien a eu ici les idées directrices. Ses articles de journaux, ses cliniques, son enseignement oral dont nous ont parlé plusieurs de ceux qui avaient été ses élèves, tout nous prouve que ce n'est pas en vain que son attention avait été attirée de bonne heure sur l'organe phonateur par l'étude attentive du croup ; bientôt, de la diphtérie il était passé à la nosologie tout entière pharyngo-laryngée.

Ce traité de la phtisie et des phlegmasies chroniques de l'appareil vocal avait été suggéré aux deux auteurs par un prix proposé en 1836 par l'Académie de médecine. Comme ils le reconnaissent dans leur préface, « nous avions, disent-ils, déjà commencé un travail sur la matière, et nous eûmes peu de chose à faire pour ajuster notre œuvre au programme donné par ce corps savant ». Mais, le mémoire ayant été couronné, Trousseau et Belloc sentirent qu'une refonte s'imposait et ils composèrent, en développant leur monographie, en l'améliorant sur certains points, le livre excellent qui exerça une si grande influence sur tous les praticiens de l'époque [1] et qui est consulté encore avec fruit par les médecins actuels.

En outre des lésions ulcéreuses constituant alors l'entité connue sous le nom de phtisie laryngée, ils avaient embrassé dans leur programme les phlegmasies chroniques du larynx et les maladies de la voix. Comme on voit, le sujet était vaste ; il était aussi des plus difficiles à traiter, étant donné le caractère très imparfait alors des notions sur tout ce côté de la nosologie de l'organe phonateur. Néanmoins, les deux écrivains ne se

1. Barth, Blache, Monneret, Valleix, etc., leur font de nombreux emprunts, ainsi qu'on le verra en parcourant les articles qui sont consacrés à ces auteurs.

découragèrent pas et, grâce à eux, dans cette question autrefois si confuse et si embrouillée, furent faits des progrès tout à fait remarquables. On leur a reproché d'avoir, ainsi que leurs contemporains, étudié sous le titre de phtisie laryngée un syndrome et non une véritable entité morbide ; mais eux-mêmes se rendent déjà compte que les lésions de la syphilis doivent différer de celles qu'on rencontre chez les tuberculeux, non seulement anatomiquement mais au point de vue clinique ; ils indiquent même çà et là des distinctions dont la valeur est incontestable et, s'ils ne vont pas plus loin, c'est qu'ils étaient privés de l'auxiliaire indispensable qu'est le laryngoscope.

Au début de leur ouvrage, Trousseau et Belloc définissent ce qu'on doit entendre par phtisie. Pour eux, comme pour les Hippocratiques, c'est l'équivalent du mot « consomption », de telle sorte que le terme pourrait être employé pour les affections suppurées des articulations ou de la colonne vertébrale par exemple. « Les épithètes de pulmonaire, dorsale, rénale, mésentérique n'ont d'autre valeur pathologique que de déterminer l'espèce dans un genre commun. » Cependant, comme la tuberculose serait la plus fréquente des phtisies, peu à peu il se serait établi une assimilation entre ces deux dénominations dans l'esprit du vulgaire et même des médecins. « Cette perversion est fâcheuse en ce qu'elle a souvent introduit la confusion dans le langage médical. Si donc l'académie a employé cette association de mots, phtisie laryngée, elle a voulu parler d'une maladie chronique du larynx donnant, sinon exclusivement, du moins principalement lieu à la fièvre hectique et à la consomption. » Mais ici la disposition des parties, en l'espèce celle de la glotte qui n'est qu'une fente étroite, ferait que la période de marasme est rarement atteinte, la phlegmasie bouchant les voies respiratoires de telle sorte que le malade meurt étouffé [1].

Contrairement à certains nosologistes qui attribuaient aux vieux auteurs une compétence beaucoup trop étendue, les deux écrivains se rendent très bien compte que l'établissement du type morbide qu'ils vont étudier est récent. « Les anciens nous ont laissé peu de chose sur les altérations qui nous occupent et, quoi qu'en aient dit quelques-uns, il ne paraît pas qu'ils en eussent une idée bien précise. Dans quelques pages de leurs écrits, on

1. Ici encore, Trousseau et ses contemporains sont beaucoup trop attachés aux troubles dyspnéiques ; il ne faut pas oublier que les déterminations laryngées surviennent principalement dans le cours des mauvaises tuberculoses, soit parce que la maladie est plus virulente que d'habitude, soit parce que le sujet manque absolument de résistance.

trouve, il est vrai, des histoires de maladies qu'on pourrait, à la rigueur, rapporter aux ulcères du larynx et de la trachée; mais ces histoires peu détaillées ne donnent sur l'origine, la marche, les terminaisons et le traitement de la phtisie laryngée que des notions très imparfaites pour ne pas dire complètement nulles. » Hippocrate n'aurait rien dit de précis sur le sujet. Galien lui-même ignorait réellement les ulcères du larynx dont il parle, qu'il semble signaler *a priori* et pour mémoire. Aetius lui-même n'aurait fait que copier le médecin de Pergame. Morgagni plus explicite, bien qu'il ait réellement observé sur le cadavre les désordres propres à la phtisie laryngée, aurait parlé beaucoup plus en anatomo-pathologiste qu'en clinicien. Ainsi dans la lettre 15, article 15, il ne se serait même pas donné la peine d'énumérer les symptômes qu'avait présentés le malade, se contentant de dire qu'il s'agissait d'un asthmatique dont la voix était très affaiblie. Il est vrai que plus loin Morgagni rapporte (article 15) une observation un peu plus complète, où il a signalé l'affaiblissement de la voix, la dyspnée, la nature des crachats, l'aspect de la gorge, mais sans insister sur les caractères nosologiques spéciaux de l'affection. Dans la fameuse lettre 22, à l'article 27, il s'agit surtout d'ulcères de la trachée qui avaient donné lieu à de la consomption et, à ce propos, l'auteur se demande si beaucoup de phtisiques n'étaient pas atteints d'altérations de cette nature et non de lésions pulmonaires. Ceci était un éclair de génie, mais qui ne produisit pas les effets qu'on aurait pu en espérer. En un mot, Borsieri beaucoup plus que Morgagni mériterait d'être considéré comme le véritable fondateur de la nouvelle entité nosologique. Il ne se borne pas, en effet, à signaler les désordres anatomiques, « il fait véritablement un tableau de la maladie ». Mais Trousseau et Belloc ne peuvent s'empêcher de trouver un peu fantaisiste la description du grand nosologiste italien, qui avait insisté malencontreusement sur l'absence de dyspnée, sur la facilité du décubitus dans toutes les positions et l'absence presque constante de la fièvre, et avait dépeint longuement un prétendu amaigrissement des doigts et une prétendue fétidité toute particulière des crachats. Sauvée, Laignelet, mais surtout Double, auraient fait paraître des recherches intéressantes sur le nouveau type morbide, ainsi que Papillon, Pravaz. Enfin J. Franck aurait dépeint beaucoup mieux que Borsieri la phtisie laryngée. Mais en réalité ce serait Cayol[1] qui nous aurait le mieux fait connaître l'affection. Trousseau et Belloc

1. Cayol a eu surtout en vue la phtisie trachéo-bronchique.

insistent généreusement sur les grands mérites de l'excellente monographie de leur distingué prédécesseur[1]. Ici se termine leur historique un peu écourté ; mais il est juste de rappeler qu'ils reviennent dans la suite de leur ouvrage sur les travaux des différents auteurs cités plus haut, rapportant leur avis et discutant au besoin les opinions qu'ils émettent.

Anatomie pathologique. — Les altérations morbides de la phtisie laryngée, telles qu'on les retrouve au cours des investigations nécropsiques (voir Louis, Cruveilhier, Andral), sont divisées en lésions des muqueuses et lésions des cartilages.

Suivant eux, la rougeur manquerait souvent, disparaîtrait fréquemment après la mort et constituerait un indice très infidèle et très imparfait du processus phlegmasique. Le gonflement, au contraire, en serait un signe presque certain. C'est pour avoir oublié ces principes fondamentaux en laryngologie, qu'on aurait (Bayle) assigné autrefois, à l'œdème de la glotte, une origine constamment hydropique, qu'on a attribué à un simple spasme laryngien des cas de mort relevant de la laryngite aiguë et qu'on a créé l'entité fictive du croup spasmodique, c'est-à-dire purement nerveux.

La lésion caractéristique de la phtisie laryngée serait du reste la perte de substance, réalisée par l'érosion et l'ulcération, les premières n'intéressant que le chorion, les autres allant jusqu'au tissu cellulaire sous-muqueux. Pour découvrir aisément les érosions, il faudrait les examiner sous l'eau, comme l'a proposé Louis. « On voit alors, sur toutes les surfaces érodées, nager des espèces de petites villosités analogues à celles que l'on découvre si aisément dans l'estomac des chiens, villosités qui n'existent jamais sur la membrane interne des voies aériennes, à moins que, par une maladie, l'épithélium ait été usé et détruit. » L'érosion ne serait pas le germe de l'ulcération qui pourrait exister sans qu'il y ait la moindre trace de la première dans le voisinage; au contraire, il y aurait parfois beaucoup d'érosions sans qu'il existe cependant la moindre ulcération. Louis attribuait ces lésions bien spéciales, et qu'il savait déjà distinguer des processus plus destructeurs, à la présence du pus sur le larynx, pus qui proviendrait des poumons. Trousseau et Belloc acceptent cette opinion ; car ils n'ont rencontré d'érosions laryngées que chez les tuberculeux. En tous cas, le larynx serait moins intéressé par l'érosion que la trachée, prédilection que les deux

1. Au fond, ce dernier n'a traité qu'en passant la tuberculose laryngée.

auteurs expliquent assez mal. Plus vraie est l'analogie qu'ils trouvent entre l'ulcération du larynx et celle de l'intestin chez les phtisiques. Cependant il y aurait des différences. Dans celle-ci, « on trouve de petites masses dures et semi-cartilagineuses que l'on a regardées comme des tubercules, et cela, à notre avis, sans preuves suffisantes, tandis que dans la trachée-artère, dans le larynx, les bords des ulcérations ne présentent jamais les apparences de tubercules ». Trousseau et Belloc adhéraient ainsi aux doctrines de Louis [1], qui niait catégoriquement l'existence en ce point de l'organisme de la granulation grise de Laennec.

Il est vrai qu'Andral, qui avait parlé du tubercule dans le larynx, en signalant les lésions de cet organe, pensait en réalité à des abcès folliculaires et non à de véritables lésions spécifiques.

La topographie des ulcères laryngés serait étendue, puisqu'ils peuvent, suivant les deux écrivains, envahir « les cordes vocales, les ligaments aryténo-épiglottiques, la membrane muqueuse qui recouvre l'épiglotte [2] ». Profonds, ils intéresseraient le cartilage, mais celui-ci pourrait se prendre primitivement et alors la fistule serait consécutive, comme dans les cas de certaines ostéites. Sous des termes divers, Morgagni, Andral, Cruveilhier surtout, avaient étudié les lésions des différents cartilages du larynx. Les deux écrivains ajoutent aux notions de leurs prédécesseurs celles que leur avaient révélées leurs nombreuses investigations cadavériques et ils décrivent successivement l'ossification des parties cartilagineuses « qui sont pour ainsi dire la trame élémentaire du tissu osseux », l'ossification du périchondre lui-même, dont ils auraient observé quelques exemples, la nécrose qui succède à l'ossification et se caractérise par la dénudation des séquestres. Trousseau et Belloc se sont bien posé cependant la question d'une nécrose primitive, au cours d'une suppuration aiguë ; mais, contrairement aux auteurs actuels, ils concluent pour la négative, ce qui est, du reste, exact pour la grande majorité des cas. Ils auraient, de plus, observé un cas de carie non dans le larynx, il est vrai, mais au niveau de la trachée. Enfin, l'œdème de la glotte serait une conséquence fréquente de ces lésions de périchondrite ; neuf fois ils auraient constaté cette grave complication sur le cadavre.

Trousseau et Belloc, pour obéir aux habitudes de l'époque, citent ensuite une foule d'altérations qui ne sont que des

1. Voir l'article consacré à cet anatomo-pathologiste.
2. Il s'agit des grands ulcères serpigineux, d'ailleurs peu fréquents, des nosologistes actuels.

coïncidences morbides n'ayant avec la phtisie laryngée qu'une relation toute fortuite, ou bien même il s'agit de fausses phtisies laryngées déterminées, par exemple, par des polypes, des corps étrangers ou même des calculs de l'organe phonateur. Plus intéressantes sont les recherches de Louis, qu'ils mentionnent, sur la fréquence relative des ulcérations dans les différentes parties de l'appareil vocal. Ce célèbre anatomo-pathologiste avait observé dix-huit cas de localisations à l'épiglotte. « Cinq fois ces ulcérations étaient seules et sans complication de celles du larynx et de la trachée. Elles étaient, en général, superficielles ; dans deux cas seulement, elles reposaient sur le fibro-cartilage, et, un seul cas excepté, elles étaient situées sur la face laryngienne de l'épiglotte. Dans quatre cas, cet organe était érodé dans son pourtour; une fois il était complètement détruit. » Quant aux ulcérations du larynx[1] proprement dit, « leur ordre de fréquence relativement au lieu qu'elles occupaient était celui-ci : la réunion des cordes vocales, la *partie postérieure* des cordes vocales elles-mêmes, la *base* des aryténoïdes[2], la partie supérieure du larynx et enfin l'intérieur des ventricules qui n'a été ulcéré qu'une seule fois. »

Les lésions spécifiques de la *syphilis*[3] avaient été reconnues dans un certain nombre de cas. « M. Rayer (*Traité des maladies de la peau. Atlas*, pl. XV, gg., 2e édition) en a conservé à la science l'exemple le plus remarquable que nous connaissions. » Parfois les investigations nécropsiques avaient permis de rencontrer des masses morbides qui offraient la plus étroite analogie avec les *tubercules du poumon*. De grandes discussions s'étaient élevées, comme nous l'avons dit précédemment, à ce sujet : « La plupart des auteurs disent ne pas reconnaître, dans les granulations qu'on rencontre assez fréquemment dans le larynx des phtisiques, les caractères du tubercule. On pense généralement que ces petites tumeurs ne sont autre chose que des follicules muqueux enflammés ou engorgés. M. Louis dit positivement que, dans aucun cas, on ne rencontre de granulations tuberculeuses dans le larynx, l'épiglotte ou la trachée ; d'où il conclut que l'on

1. En l'absence du laryngoscope, il était difficile de différencier certains troubles vocaux, avec toux et dyspnée, de la laryngite tuberculeuse vraie ; seule la marche de l'affection permettait de s'y reconnaître.

2. En somme, la prédilection de la phtisie laryngée pour la région aryténoïdienne n'était pas encore reconnue, bien que les relevés statistiques montrassent déjà la grande fréquence des ulcérations à ce niveau.

3. Voir, pour la forme syphilitique de la phtisie laryngée, Monneret qui a fort bien étudié les déterminations laryngées de la vérole.

doit regarder l'inflammation comme la cause la plus fréquente des ulcérations qu'on y observe [1]. Andral [2] a observé souvent de ces granulations, et il pense que, dans le plus grand nombre des cas, elles ne sont pas de nature tuberculeuse. Nous n'aurons pas la témérité de hasarder notre opinion dans une question aussi délicate, nos recherches n'ayant pas été assez multipliées sur ce sujet. » Cependant, dans quelques cas, les deux auteurs pensent qu'on peut songer à la tuberculose et voici ce qu'ils disent de ces tumeurs : « Il est évident qu'elles présentent tous les caractères du tubercule et l'observation de Morgagni que nous citerons tout à l'heure en est un exemple. » Ils mentionnent dans le même sens l'observation qui leur avait été communiquée par Vernois.

Certains auteurs séparaient la phtisie laryngée de la phtisie trachéale, sous le prétexte qu'elles déterminaient des symptômes différents et qu'elles existent souvent à l'état isolé; Trousseau et Belloc, comme les nosologistes actuels, ne veulent pas de cette distinction ; car, disent-ils, elles naissent toutes deux sous l'influence des mêmes causes, surviennent dans les mêmes circonstances et coïncident presque toujours, de telle sorte que Louis, sur vingt-trois cas de phtisie laryngée, ne constata que deux fois l'intégrité de la trachée. Par conséquent, l'opinion adverse de Cayol devrait être entièrement rejetée et il faudrait adopter l'avis de Double, de Borsieri et de J. Franck.

Étiologie. — Trousseau et Belloc ne se font pas illusion sur le caractère factice de l'entité morbide qu'ils décrivent. Ils avouent franchement qu'il s'agit d'un syndrome. « La phtisie laryngée n'est pas une maladie *sui generis*, se présentant toujours ou presque toujours avec des formes anatomiques semblables... ; le plus souvent, elle est la suite de lésions organiques diverses, qui, une fois développées, deviennent les causes véritables de la phtisie laryngée. Ces lésions sont de nature extrêmement variée, et si on les a toutes embrassées sous la dénomination commune de phtisie laryngée, c'est parce que, en général, elles provoquent, en attaquant le larynx, des désordres fonctionnels toujours à peu près les mêmes et qui dépendent bien plus, comme nous le disions tout à l'heure, de la destination spéciale

1. Valleix regardera tout processus ulcéreux véritable comme spécifique et indépendant de l'inflammation vraie ; cette opinion était en discordance absolue avec les vues de Broussais. Celui-ci faisait de l'ulcération une simple mortification causée par le processus phlegmasique, qui, à la longue, y aboutirait en quelque sorte normalement.

2. Voir le paragraphe consacré à cet auteur.

de l'organe qu'elles occupent, que de leur nature intime[1]. » Mais en dehors de facteurs accessoires tels que constitutions dartreuses[2], du surmenage, du coït immodéré, des irritations professionnelles, les deux auteurs incriminent en réalité surtout l'état tuberculeux, la syphilis et le cancer.

Classification. — En dépit des difficultés extrêmes d'une bonne répartition des cas observés, Trousseau et Belloc se hasardent à admettre.

1° Une phtisie laryngée simple qui n'est autre chose que notre laryngite chronique quand elle prend un caractère plus grave que d'habitude. « Quelques médecins recommandables refusent encore aujourd'hui de reconnaître la phtisie laryngée indépendante de la phtisie pulmonaire. On conçoit en effet qu'avant la découverte de l'auscultation et à une époque où l'anatomie pathologique était peu cultivée des médecins, on ait pu prendre souvent pour des phtisies laryngées simples des maladies du larynx compliquant le ramollissement des tubercules pulmonaires. » Les deux écrivains sont d'une opinion différente et s'abritent derrière l'autorité de Double, médecin distingué, alors très connu, et de Cayol qui avait publié sur la phtisie trachéale un ouvrage justement célèbre et ils ajoutent : « Souvent nous avons entendu Laennec lui-même, à qui certes on ne refusera ni l'habitude de l'auscultation, ni des notions en anatomie pathologique, démontrer par des faits nombreux, observés dans sa pratique, l'existence de la phtisie laryngée, indépendamment de la phtisie pulmonaire ; »

2° La phtisie laryngée syphilitique produite par des ulcères vénériens primitifs ou consécutifs, « soit qu'ils aient attaqué le larynx de prime abord, soit qu'ils se s'y soient propagés du pharynx ; »

3° La phtisie laryngée cancéreuse, dont Morgagni avait fourni un exemple et dont Trousseau avait observé personnellement un cas ;

4° Enfin la phtisie laryngée tuberculeuse, « celle qui commence à se manifester après qu'on a pu reconnaître l'existence de tubercules pulmonaires ».

1. En somme, on tendait à reconnaître pour le larynx ce qu'on a dit plus récemment pour le cerveau, que la topographie commande la symptomatologie et souvent la gravité du mal.

2. Trousseau et Belloc reviendront sur cette phtisie dartreuse. Il est sûr que certaines laryngites sont apparentées aux dartres de la peau. Ceci est beaucoup plus intéressant et beaucoup plus à l'honneur de ces deux écrivains que d'avoir insisté sur la répercussion, sur le larynx, d'une suppression des dartres cutanées, hypothèse qui traînait, en quelque sorte, dans tous les écrits des partisans des métastases.

Ils ajoutent : « Peut-être pourrions-nous admettre l'existence d'une cinquième espèce de phtisie laryngée que nous appellerions dartreuse, mais nous n'avons pas assez de faits pour établir cette espèce. » Cependant ils en fournissent une observation d'autant plus intéressante qu'on revient maintenant sur ces laryngites diathésiques trop négligées jusqu'ici, notamment sur celles d'origine arthritique.

Suivant leur habitude, Trousseau et Belloc relatent des observations ayant trait aux diverses variétés admises précédemment, notamment à la laryngite simple. Celle de Portal est très curieuse mais trop indécise pour être rapportée ici. Notons que cet auteur admettait des phtisies laryngées qui précéderaient plus ou moins longtemps la phtisie pulmonaire. Le cas décrit par Sauvée, où il y avait ulcération de la région aryténoïdienne, semble bien appartenir à cette variété importante, signalée peut-être pour la première fois par Portal. Peut-être en était-il de même d'un cas de Périnet; mais ici le fait est moins probant, car il existait de l'emphysème pulmonaire. Or, on sait que ce dernier est souvent le résultat de la tuberculose scléreuse. Le cas publié dans le *Journal de médecine* par Corvisard et Leroux rappelle celui de Sauvée et a probablement la même valeur; car les cartilages aryténoïdes étaient atteints de carie. L'observation de Laignez semble avoir été probablement de la laryngite phlegmoneuse ou au moins de la laryngite infectieuse aiguë, comme on en voit quelquefois (laryngo-typhus) ; l'état du poumon n'est d'ailleurs pas signalé, la deuxième observation du même auteur est douteuse bien que les poumons aient été considérés comme sains, ce qui devait faire penser à la variété primitive de phtisie laryngée. Même remarque pour l'observation XIII de Trousseau et Belloc appartenant à cet auteur.

Dans un cas de Périnet, où le tissu cellulaire, induré notablement, criait sous le scalpel et où il existait de nombreuses saillies glandulaires, il est difficile de se faire une idée sur la nature des lésions ; mais probablement s'agissait-il de la syphilis, étant donné la nature franchement scléreuse des altérations morbides et l'intégrité du poumon. Malheureusement l'auteur n'avait pas cherché dans ce sens.

Le cas de P. demeurant à Auxerre (observation de Belloc certainement, qui était de ces régions) est donné comme relevant franchement de la vérole. Les accidents laryngiens seraient survenus au bout de 10 ou 12 ans et auraient succédé à des enrouments et à des maux de gorge assez tenaces. Pas de lésions pharyngées, sauf un peu de rougeur ; aphonie presque complète,

adénite cervicale, pas de fièvre, bonnes digestions, petite toux sèche, rare, peu fatigante, essoufflement considérable au moindre effort. Traitement spécifique. Amélioration rapide ; mais des imprudences amènent une rechute et le développement rapide d'un ulcère destructif caractéristique du côté de l'amygdale gauche ; amélioration sous l'influence du mercure ; nouvelles imprudences et finalement mort par œdème de la glotte. L'autopsie ne put être faite.

La malade qui fait l'objet de l'observation suivante niait tout antécédent syphilitique ; mais elle avait eu deux enfants morts presque en naissant ; elle était atteinte d'un coryza chronique avec jetage purulent abondant et enfin elle présenta à un moment donné des ulcérations amygdaliennes suspectes. Chez cette patiente, aphonie presque complète, étouffement à la moindre fatigue. Pas de douleur laryngée, pas de sensibilité pharyngée. Bon état général. Soupçonnant la vérole, on finit par prescrire des pilules Dupuytren et des inhalations mercurielles. Amélioration rapide de tous les accidents, notamment de la voix.

Le cas de *cancer* laryngé rapporté par les deux auteurs est des plus importants, à cause de la grande rareté des faits de ce genre dans la littérature médicale de l'époque. Il s'agit d'une femme de 32 ans, ayant toujours joui d'une bonne santé, n'offrant rien de suspect dans les anamnestiques personnels, mais qui fut prise d'un enrouement attribué à un refroidissement. Néanmoins, bonne santé, pas d'oppression, pas de toux. Le mal, comme c'est fréquent, évolua lentement. En septembre 1834, « plus de deux ans après l'accident (le refroidissement), l'extinction de la voix devint complète. Dans les premiers jours de décembre, il y a un peu d'oppression et de l'essoufflement quand la malade marche vite. Le 15 septembre, l'oppression qui auparavant était momentanée devient continuelle la nuit. » Peu à peu, l'asphyxie se prononce au point qu'on doit pratiquer la trachéotomie. Amélioration très notable après celle-ci, pendant 5 mois environ. « La malade portait constamment une canule dans la trachée et, pour parler, elle en bouchait l'ouverture avec l'index. » En septembre, 8 mois après l'opération, « une tumeur qui existait au moment de l'exécution de celle-ci, au côté gauche et à la partie moyenne du larynx, et qui jusqu'ici était restée stationnaire, prend subitement un accroissement rapide et ne tarde pas à se montrer entre la canule et le bord supérieur de la plaie. Cette tumeur s'ulcère bientôt et donne lieu à de fréquentes hémorragies ».

Trousseau fait faire alors le portrait de la patiente par le peintre

Chazel.« Le 15 novembre, la malade est prise subitement de fièvre, d'un violent point de côté et d'une toux très fatigante. On reconnaît au côté gauche du thorax tous les signes rationnels d'un épanchement pleurétique. La fièvre hectique arrive et la malade meurt vers le 10 décembre 1835. » A l'autopsie, on reconnaît une tuberculose pulmonaire au 2e degré. Corps thyroïde manifestement hypertrophié. Dans le larynx, dont l'esquisse fut prise par le dessinateur Chazel, « une multitude de tumeurs d'un volume variable, réunies en grappe ou isolées, occupaient presque tout l'intérieur de l'organe, l'épiglotte et une partie de la trachée-artère. A l'extérieur, elles faisaient une saillie considérable au-dessus de la canule et au-devant du larynx et avaient le volume d'une pomme de moyenne grosseur. En ce point, elles étaient inégales, anfractueuses, et la peau qui les recouvrait était d'un rouge livide, amincie et ulcérée. Sur les parties latérales, du côté gauche principalement et au devant du corps thyroïde, on voyait, disséminées dans le tissu cellulaire, une multitude de petites tumeurs analogues. A l'intérieur du larynx, dans les points que n'occupaient pas les tumeurs, la membrane muqueuse était ulcérée et comme fongueuse. Ligament aryténo-épiglottique droit sain, quoique épaissi. Celui du côté gauche était converti en une masse irrégulière de la même nature que celle des tumeurs. » Les cartilages n'existaient plus qu'à l'état de fragment. Les tumeurs incisées avait la couleur, sur la tranche, de la « chair d'un marron d'Inde et une humidité qui les rapprochait des encéphaloïdes. » D'autres fragments réduits en bouillie ressemblaient à du fromage de Brie. Cruveilhier consulté déclara qu'il s'agissait d'un encéphaloïde.

Les faits cliniques qui suivent se rapportent à la phtisie laryngée tuberculeuse. Plusieurs sont intéressants, mais ne diffèrent pas en somme de ceux publiés autrefois par Sauvée, Double, Cayol et plusieurs autres. C'est de la vraie phtisie laryngée, comme nous l'entendons aujourd'hui. Cependant l'observation XXII, p. 147, est peut-être une forme primitive ; ou du moins c'est un exemple de phtisie laryngée évoluant concomitamment avec une phtisie pulmonaire restée longtemps latente et prédominant longtemps aussi sur la scène morbide.

Symptomatologie. — Trousseau et Belloc font d'abord la description de la phtisie laryngée en général [1], puis ils s'efforcent de

1. Étant donné la rareté des laryngites syphilitiques et cancéreuses observées par les deux auteurs, c'est bien la phtisie laryngée, comme nous l'entendons aujourd'hui, qui leur sert de modèle.

tracer le tableau aussi exact que possible des diverses espèces admises par eux (laryngite chronique, laryngite syphilitique, laryngite cancéreuse, laryngite chez les tuberculeux). Ils affirment que, dans la grande majorité des cas, les phénomènes généraux seraient assez tardifs et que seuls les symptômes locaux attireraient d'abord l'attention.

Ils insistent tout d'abord sur *l'altération de la voix*, phénomène des plus précoces, consistant au début dans un simple enrouement. « Cet enrouement, tantôt est continuel, tantôt ne revient que lorsque les malades fatiguent le larynx ou lorsqu'ils s'exposent à une température très différente de celle dans laquelle ils vivent habituellement. » Le froid agirait dans ce cas plus que le chaud. Le trouble de la voix augmenterait à partir du réveil et serait surtout marqué le soir. L'enrouement s'accentuerait par la faim et diminuerait après la satisfaction de celle-ci ? La période de la menstruation aggraverait l'altération du timbre de la voix. « L'usage, l'abus des plaisirs vénériens, l'augmenteraient considérablement. » Au bout d'un certain temps, l'enrouement, d'abord intermittent, deviendrait continu. On aurait d'ailleurs toutes les nuances possibles du phénomène en question, avec les variations accidentelles signalées plus haut. Trousseau et Belloc distinguent des enrouements muqueux (voilés), stridents (rauques). L'aphonie ne surviendrait véritablement qu'à une période avancée de l'affection ; elle serait d'abord un symptôme du soir avant de devenir continue. Les couacs se montreraient fréquents du reste pendant la journée et, à ce sujet, les deux auteurs citent le cas assez probant d'un officier supérieur. « Cette inégalité a quelques rapports avec ce que l'on observe souvent au moment de la puberté des jeunes hommes. Elle en diffère pourtant en ce que, chez ceux-ci, la voix n'est point enrouée, mais seulement discordante et de deux timbres différents. »

La *toux* n'offrirait rien de particulier, sauf qu'elle serait quinteuse et fréquente. Elle est enrouée à la première période du mal, aphone comme la voix dans la seconde. Les deux auteurs distinguent des toux stridentes, éructantes, étouffées. Cette dernière indiquerait toujours un état grave du larynx. La fréquence du symptôme semblerait être du reste très variable et ne se montrerait pas en raison directe des lésions.

L'*expectoration*, purement muqueuse, transparente, peu tenace parfois, mais rarement abondante, deviendrait parfois puriforme, d'autres fois sanguinolente quand il existe une ulcération. Ce symptôme n'offrirait, en somme, que peu d'intérêt.

La *douleur laryngée spontanée* serait nulle chez la moitié des malades environ ; souvent, du reste, elle diminuerait à mesure que la destruction du larynx s'accentue. Quand elle existe, elle consisterait d'ordinaire en une cuisson.

Par contre, la *dysphagie* se montrerait presque dans tous les cas, bien que l'examen du pharynx reste le plus souvent négatif[1]. Trousseau et Belloc en donnent une bonne explication. « Quelles sont les parties ordinairement les plus malades dans le larynx? Si l'on reporte ses yeux sur le chapitre où nous nous sommes occupés de l'anatomie pathologique, on verra que, soit qu'il y ait des ulcères, soit qu'il y ait nécrose ou carie, la membrane muqueuse qui revêt l'épiglotte, les ligaments aryténo-épiglottiques et les cartilages aryténoïdes est presque constamment le siège d'un engorgement inflammatoire considérable.

« Or cette région complète précisément le pharynx en avant, et il ne se peut faire aucun mouvement de déglutition sans que le bol alimentaire soit pressé contre ces tissus enflammés et souvent ulcérés. »

Les altérations de la paroi antérieure de l'organe phonateur étant peu considérables, la pression au niveau de la peau du cou ne pourrait pas réveiller des sensations bien désagréables.

Trousseau et Belloc n'ajoutent pas beaucoup d'importance à *l'examen visuel des portions supérieures du larynx*. En effet on n'avait ni les tubes actuels, ni la connaissance de la meilleure position à donner aux malades pour permettre une fructueuse inspection directe. « Nous n'avons trouvé que deux malades dont la gorge et la langue étaient disposées de manière à ce qu'on pût voir l'épiglotte dans toute sa face supérieure. En commandant au patient de faire quelques cris pendant qu'on l'examine, on voit l'épiglotte se porter en avant à chaque expiration ; chez ces deux malades atteints de phtisie laryngée encore peu avancée, la membrane muqueuse de l'épiglotte était d'un rouge cerise et très notablement épaissie. » Les deux écrivains songèrent à utiliser pour le larynx un instrument[2] qui puisse fournir des résultats identiques à celui du spéculum pour les organes génitaux de la femme. « On connaît celui de Selligue, très ingénieux mécanicien, qui atteint lui-même d'une phtisie laryngée, dont il est

1. A moins qu'il y ait coïncidence de tuberculose pharyngée, ce qui est rare, ou qu'il existe du côté de la gorge de la pharyngite chronique ; mais, même alors, les lésions ne paraissent pas en rapport avec l'intensité du symptôme.

2. Comme on le sait, en Allemagne et en Angleterre, il s'était fait des tentatives identiques.

complètement guéri, exécuta pour son médecin un spéculum à deux tubes, dont l'un servait à porter la lumière sur la glotte, et l'autre servait à rapporter à l'œil l'image de la glotte réfléchie dans un miroir placé à l'extrémité gutturale de l'instrument. M. Sanson, coutelier, rue de l'École de Médecine, nous a confectionné un spéculum d'après un mécanisme analogue à celui de Selligue. Cet instrument, dont il ne faut pas s'exagérer l'utilité, est d'une application très difficile et il n'est guère plus d'un malade sur dix qui puisse en supporter l'introduction. » Ainsi du temps de Trousseau et Belloc, on avait eu déjà l'idée de l'exploration visuelle; mais, comme cela arrive bien souvent pour les découvertes, on avait commencé par le plus compliqué, par le plus malaisé, de telle sorte que, faute aussi d'une ténacité suffisante, on avait échoué complètement.

Les deux écrivains énumèrent ainsi les causes d'insuccès de leur instrument. « En effet, il est d'un volume tel qu'il remplit l'espace compris entre le bord libre du voile du palais et la face supérieure de la langue. Quand on le place dans la bouche, il provoque des haut-le-corps tellement insupportables qu'il faut presque aussitôt l'enlever; s'il vient à toucher le fond de la gorge, et il n'est guère possible qu'il en soit autrement, le pharynx se contracte convulsivement et avec une telle énergie qu'il le chasse dans la bouche. Dans les cas les plus favorables, quand le spéculum peut être conservé dans l'isthme du gosier, la constriction inévitable du pharynx nuit encore singulièrement à ce qu'on voit des parties profondément situées.

« Il est une autre difficulté qui, à elle seule, suffirait pour dégoûter à jamais de se servir de cet instrument, c'est la présence de l'épiglotte. Cet opercule a une grande largeur, et il recouvre si exactement la partie supérieure du larynx, qu'il empêche totalement que la représentation de cet organe puisse être reflétée dans le miroir, et de plus la lumière projetée par l'instrument tombe directement et nécessairement sur la face linguale de l'épiglotte et l'ombre de celle-ci couvre précisément le larynx et le dérobe complètement à la vue. C'est donc à tort que Bennati prétendait voir la glotte avec le spéculum de Selligue. Il ne voyait en général que la partie supérieure de l'épiglotte, très rarement l'ouverture supérieure du larynx et cela seulement quand le redressement accidentel de l'épiglotte le permettait.

« Pour la glotte, elle est située à une telle profondeur et de telle manière qu'il est impossible de l'explorer même sur le cadavre avec le spéculum; à plus forte raison, ne le pourrait-on

pas sur le vivant, lors surtout que l'on songe à la révolte convulsive qui accueille son introduction chez ceux mêmes qui y sont le plus habitués. »

Trousseau et Belloc nient avec raison la *tuméfaction des parties antérieures du cou*, alléguée par quelques auteurs et qu'on ne retrouve guère qu'au cours de certaines périchondrites. La disposition des parties, la profondeur des lésions séparées de la peau par des plans cartilagineux, cellulaires et aponévrotiques expliqueraient amplement l'absence du phénomène. Ils n'en auraient vu qu'un exemple au cours d'une phtisie laryngée très avancée.

La *crépitation* produite par le palper du cou (Laignelet) serait rare et se rencontrerait du reste chez l'homme sain, ce qui lui ôterait à peu près toute valeur. Elle ne serait pas due en tout cas au frottement de portions de cartilages nécrosés.

Le *palper laryngien* par la bouche ne pouvait atteindre que très difficilement l'épiglotte et les replis aryténo-épiglottiques. « Cette exploration est beaucoup plus laborieuse que ne l'imaginent ceux qui la conseillent[1] sans l'avoir préalablement pratiquée chez un grand nombre de sujets. » Le spasme pharyngé en serait cause.

Nulle au début, *l'oppression* s'accentuerait à la deuxième période. Il y a « de l'essoufflement, de l'anhélation, sous l'influence du moindre exercice et quelquefois même à l'état de repos ». Cette dyspnée serait celle des cachectiques, des phtisiques pulmonaires en particulier. « Mais il est une autre forme de dyspnée très essentielle à connaître, c'est celle qui tient au rétrécissement du larynx. » En outre d'une gêne avec sifflement déterminée par une obstruction mécanique, il y aurait des accès parfois effrayants dus à des spasmes de la glotte, dont les deux auteurs tracent un tableau terrifiant et semble-t-il un peu trop chargé, sauf dans certains cas.

Pour mieux frapper le lecteur, Trousseau et Belloc en donnent deux observations qui montrent, en effet, combien sont grands les dangers que courent les malades et dont l'une se rapporte à une laryngite syphilitique, forme où l'œdème de la glotte est, comme on le sait, fréquent et souvent rapidement mortel. C'est bien cette complication que les deux auteurs ont en vue dans ces cas spéciaux.

Ils n'auraient pas rencontré cette gêne inspiratoire dont Bayle avait fait un symptôme pathognomonique, parce qu'ici la tumé-

1. Thuillier.

faction moins molle se déplace difficilement, à cause de sa rigidité, sous l'influence du courant d'air. « A cela nous dirons que prévenus de ce symptôme et le cherchant avec beaucoup de soin et d'attention, nous ne l'avons jamais trouvé. » Il y aurait sifflement inspiratoire et voilà tout, parce que, dans l'inspiration, le courant d'air plus vif que dans l'expiration fait vibrer les parties épaisses et rétrécies du larynx. Quant à la cause des spasmes signalés plus haut, ils seraient dus à une asphyxie véritable, faisant porter son action délétère et excitante sur la circulation, qui tuméfie passivement par stase la muqueuse aérienne, ce qui gêne mécaniquement l'accès de l'air. En effet, d'expériences sur les animaux, Trousseau et Belloc concluent que le rétrécissement d'ordre musculaire de ces mêmes voies aériennes n'existerait pas (?) [1].

Souvent les malades avaleraient de travers. Ceci tiendrait à un fonctionnement imparfait de l'occlusion laryngée et non à la destruction plus ou moins prononcée de l'opercule épiglottique, ainsi que le prouveraient certains faits dont les deux auteurs citent un exemple personnel et un autre emprunté à Louis [2].

Différences des symptômes suivant l'espèce de phtisie laryngée. — « Chaque espèce, disent Trousseau et Belloc, peut offrir en outre quelques symptômes spéciaux qu'il est assez intéressant de noter et que nous allons passer rapidement en revue. » Il ne faut pas s'attendre ici à une différenciation bien nette des formes syphilitiques, tuberculeuses et cancéreuses, mais il y a un effort visible et méritoire en ce sens.

1° *Syphilis.* — Il y aurait une douleur assez vive, contrairement à ce qui existe dans les formes habituelles de la phtisie laryngée, à cause peut-être des lésions concomitantes du pharynx atteint, en tout cas, d'érythème et d'un gonflement plus ou moins notable du tissu cellulaire sous-muqueux. « Quelquefois on rencontre un œdème de la luette et des piliers antérieurs du voile du palais. » Le toucher profond ferait souvent rencontrer des grosses masses morbides caractéristiques qui auraient échappé à un examen moins attentif. Si les altérations morbides du côté de la gorge font défaut, on en serait réduit, pour tout moyen de différenciation, à l'examen du reste du corps et aux antécédents.

1. Certains retiraient au spasme tous ses droits pour les accorder à un obstacle mécanique transitoire. C'est ainsi que Bretonneau expliquait les crises de dyspnée du croup et Guersant celles de la laryngite striduleuse.

2. Magendie avait déjà montré que l'occlusion de la glotte suffit, en l'absence de l'épiglotte, pour protéger les voies aériennes, contre l'introduction des corps étrangers.

Du reste, « la marche de la phtisie syphilitique n'est pas non plus celle de la phtisie laryngée simple » ; de plus, dans l'étude de la succession des symptômes, on verrait la vérole marcher de haut en bas, du nez vers la trachée. L'œdème trop fréquent malheureusement et souvent si rapidement mortel, l'asphyxie, le rétrécissement, les améliorations suivies de rechute, la longue évolution ne sont pas encore notés [1] par les deux auteurs qui n'avaient, du reste, que fort peu de matériaux à leur disposition. Il faut dire que les syphiligraphes n'étaient pas plus avancés [2].

2° *Tuberculose.* — Trousseau et Belloc admettent, en outre de la forme ordinaire de phtisie chez les tuberculeux, une variété d'abord purement inflammatoire (laryngite chronique) débilitant le sujet et aboutissant à la tuberculose. Dès lors, cette diathèse tendant à empirer toute inflammation préexistante, la phlegmasie laryngée d'abord peu grave irait sans cesse en s'aggravant. D'ailleurs, il suffirait qu'il y ait tuberculose, pour que la moindre laryngite comportât un pronostic sévère, même quand la guérison serait apparente. La coïncidence des lésions pulmonaires éclairerait en tout le diagnostic de la forme ; pour les particularités de celles-ci, les deux auteurs renvoient au chapitre précédent où ils ont étudié la phtisie laryngée en général. Cette variété étant de beaucoup la plus fréquente leur avait servi en effet de type descriptif.

3° *Cancer.* — Ici la tumeur permettrait seule d'arriver au diagnostic, les médecins de l'époque n'ayant pas d'autres critériums physiques ; mais encore faudra-t-il qu'elle ait des caractères bien spéciaux permettant de la distinguer des tumeurs tuberculeuses dont les deux auteurs avaient vu quelques exemples.

Phtisie laryngée dartreuse. — Sous ce nom assez impropre, Trousseau et Belloc désignent les affections laryngées chroniques en relation avec des lésions nasales de même nature. On ignorait encore la véritable nature de ces maladies, mais l'observation clinique avait fait connaître déjà des faits intéressants. « Il est un fait qui ne peut avoir échappé aux praticiens qui s'occupent de la pathologie du larynx, savoir que : *les personnes qui ont eu pendant longtemps une affection chronique de la membrane muqueuse des fosses nasales, éprouvent souvent des phlegmasies du pharynx et du larynx, qui alternent avec la maladie du nez, ou qui paraissent n'en être que l'extension,*

1. Voir pour la syphilis du larynx l'article consacré à Monneret.
2. Ils l'étaient même moins ; Lagneau, par exemple, en était encore à nier l'envahissement du larynx.

Nous en avons cité un cas [1]. Il nous serait facile de les multiplier.

« Or, si ces phlegmasies chroniques de la membrane muqueuse des fosses nasales sont le plus souvent un eczéma chronique [2], est-il si ridicule d'admettre pour le larynx quelque chose d'analogue ? »

Diagnostic différentiel. — Suivant les deux écrivains, il est inutile de chercher à différencier, comme l'ont fait Cayol et plusieurs autres, la phtisie laryngée de la phtisie trachéale, les symptômes étant sensiblement les mêmes, et les deux affections coïncidant presque toujours. L'issue fatale serait malheureusement très fréquente dans la phtisie laryngée ; mais cette terminaison funeste ne reconnaîtrait pas toujours le même mécanisme.

Trousseau et Belloc regardent comme phtisie laryngée celle qui s'est montrée d'abord dans le larynx [3] ; ils considèrent comme accidents laryngés compliquant une phtisie pulmonaire la laryngite ulcéreuse qui a commencé par le thorax. « Si le poumon se prend le premier et que consécutivement le mésentère et les follicules de l'intestin deviennent le siège de désordres plus immédiatement mortels que ceux du poumon, nous n'en appellerons pas moins la maladie une phtisie pulmonaire. Si, au contraire, le gonflement tuberculeux des ganglions mésentériques a signalé le début de la maladie, que l'ulcération de l'intestin grêle suive

1. Il s'agit d'un ozène, peut-être vénérien, exaspéré par un traitement malencontreux longtemps continué, avec des poussées de sinusite frontale, des croûtes, une odeur caractéristique, de l'enrouement depuis quinze ans avec aggravations allant jusqu'à l'aphonie complète.

La malade, à la suite d'un refroidissement, fut prise d'étouffement grave qu'on qualifia de croup et qui céda à un traitement révulsif énergique. La malade, étant donné les mauvais renseignements fournis sur son mari, fut regardée comme syphilitique et guérit rapidement sous l'influence d'un traitement spécifique, qui fit disparaître à la fois les troubles laryngés et les troubles nasaux.

2. Avec la théorie de Broussais, à des différences de structure devaient correspondre des dissemblances pathologiques non moins accusées ; mais Rayer s'était déjà élevé contre cette façon de voir. Chomel fera de l'angine granuleuse une dartre arthritique.

3. Trousseau et Belloc guidés par la clinique regardent comme primitives les lésions qui sont les premières par ordre chronologique et qui du reste commandent souvent le tableau morbide et par conséquent le pronostic. Aujourd'hui les notions au lieu d'être cliniques ou anatomopathologiques étant surtout étiologiques, on recherche où s'est faite la porte d'entrée du microbe. C'est plus scientifique mais plus délicat, parce qu'une infection peut rester latente à son point de pénétration (intestin, poumon) et émigrer de là dans un point éloigné où les germes pathogènes se multiplieront et prendront un grand développement. A l'heure actuelle il reste des doutes légitimes sur le caractère primitif de bien des laryngites tuberculeuses qui ne le sont peut-être que cliniquement.

peu à peu, et qu'enfin, dans les dernières scènes de la vie, des tubercules pulmonaires se développent et se ramollissent, nous dirons que notre malade avait une phtisie mésentérique, comme tout à l'heure nous disions qu'il avait une phtisie pulmonaire. Pour la même raison, quand la série des phénomènes locaux et généraux aura évidemment débuté par le larynx, et que, plus tard, la lésion laryngée faisant toujours des progrès, le poumon, les intestins, le mésentère viendront à présenter les signes de la tuberculisation, nous n'en dirons pas moins que la malade a une phtisie laryngée. Il aura, si l'on veut, une phtisie laryngée, plus une phtisie pulmonaire, plus une entérite tuberculeuse, plus une atrophie mésentérique, mais enfin il aura une phtisie laryngée. » Du reste, les deux écrivains reconnaissent ce que le processus tuberculeux comme le processus cancéreux ont de général. Par conséquent, la diathèse frappant l'organisme tout entier, il serait assez inexact de dire phtisie laryngée ou phtisie pulmonaire ou phtisie mésentérique; mais l'usage et jusqu'à un certain point la clinique justifieraient la façon commune de voir. C'est quand l'affection est tuberculeuse que le marasme pourrait être la cause de la mort. « De tout ce qui vient d'être dit, il résulte que, pour la phtisie laryngée tuberculeuse, nous reconnaissons que la mort par consomption est moins due à la lésion du larynx elle-même qu'aux autres lésions organiques qui sont concomitantes plutôt que consécutives. »

Un épiphénomène de la phtisie laryngée ainsi comprise serait la tuberculose dans le sens général du mot. Si les lésions quelconques sont bien cantonnées à l'organe, il n'y aurait pour ainsi dire jamais mort par consomption, bien que les deux écrivains aient vu un cas où la fièvre hectique, la toux incessante et l'amaigrissement ne se justifiaient à l'autopsie que par des altérations morbides de l'organe phonateur. « Mais ces cas sont très rares, il faut le reconnaître avec Andral[1]. » En somme, ce qui arrive surtout ici, ainsi que le faisait prévoir l'anatomie de la région et la pathologie laryngée en général, c'est, selon les auteurs, la mort par asphyxie, « le mode de terminaison le plus ordinaire. »

Une autre façon de succomber serait le passage à un tuberculose pulmonaire[2]. Cette affection résulterait d'un affaiblissement de l'organisme; or il ne répugne pas à l'esprit, disent

1. *Clinique médicale*, t. II, p. 220.
2. Ce passage montre bien que les deux écrivains ont vu des laryngites tuberculeuses qu'on considère actuellement avec plus ou moins de raison comme primitives.

Trousseau et Belloc, de penser que la phtisie laryngée simple (phlegmasie chronique franche) puisse, en débilitant l'économie, arriver à ce résultat, puisque le fait s'est vu, affirment-ils, après une trachéotomie pour laryngite aiguë (cas de Bulliard, cas de Louis).

« Pour Mme Morin, dont nous allons succinctement rapporter l'observation, les mêmes réflexions trouvent leur place. Quand nous donnâmes pour la première fois nos soins à cette malade, le larynx était évidemment le siège presque exclusif des désordres morbides et les petites hémoptysies qui avaient lieu pouvaient raisonnablement être attribuées à la férocité de la toux (toux férine).

« L'auscultation pratiquée avec le soin le plus minutieux ne permettait de constater aucune modification dans la résonnance du thorax, ni dans les bruits respiratoires. Le teint était excellent, l'embonpoint considérable. Cependant, quelques mois plus tard, l'affection pulmonaire éclate avec violence et la malade meurt en crachant du pus avec tous les symptômes de la phtisie pulmonaire ».

Dans un autre cas, une jeune femme de trente-deux ans est atteinte d'un gros rhume avec aphonie, qui persiste quelques semaines avec amaigrissement; guérison apparente. Un an après, à la suite d'un autre refroidissement, les mêmes symptômes reparaissent. Le traitement ne réussit cette fois qu'à les atténuer. Six mois plus tard, dyspnée permanente et tirage indiquant un rétrécissement laryngien. On soulage rapidement la malade par des frictions mercurielles. A ce moment, on constate de la matité avec obscurité de la respiration en arrière et à droite, démontrant que le poumon était envahi par les tubercules.

Ces faits prouveraient, suivant Trousseau et Belloc, que Borsieri et Portal avaient raison de soutenir que le mal peut donner naissance à une phtisie pulmonaire. « Tout au moins, ils vont directement contre l'opinion de Louis, car, suivant ce dernier, les ulcérations de la trachée et du larynx sont dues au passage du pus, ce qui est inadmissible pour les cas que nous venons de citer, puisque les tubercules n'étaient pas encore suppurés [1]. » En somme, il n'y aurait pas de relation de cause à effet, mais concomitance

1. Louis avait vu que la phtisie pulmonaire s'accompagne de phtisie laryngée, généralement à une période avancée. Dans une vue géniale, il faisait dépendre cette dernière du passage des crachats des cavernes à travers l'organe phonateur; mais, ne connaissant pas, bien entendu, le bacille de Koch, il attribuait le rôle de ces mêmes crachats à leur action irritante. Il déniait, du reste, la possibilité de lésions spécifiques dans le larynx. Voir l'article consacré à cet auteur.

sous l'influence d'une étiologie commune. Ces faits « sont le produit de la diathèse tuberculeuse qui frappe le plus souvent le poumon en premier lieu ; mais qui, dans certains cas assez rares, se prend d'abord à un autre organe et n'affecte le poumon que secondairement, et l'on comprend aisément d'ailleurs qu'il y ait entre le larynx et les poumons une solidarité plus étroite encore qu'entre ceux-ci et tout autre appareil de l'économie ». Ainsi, pour justifier théoriquement la phtisie laryngée tuberculeuse primitive, les deux auteurs méconnaissaient une relation pathogénique des plus importantes, quoiqu'elle ne soit pas encore entièrement élucidée à l'heure actuelle. Ils reconnaissent d'ailleurs que l'auscultation a singulièrement diminué le nombre des faits allégués par Borsieri et Portal, qui, n'ayant pas ce mode d'investigation puissant, auraient bien souvent méconnu des altérations pulmonaires peu accentuées. Malheureusement, disent-ils, l'incertitude des bruits perçus, les difficultés physiques qu'opposent à l'examen la gêne de la respiration déterminée par un rétrécissement laryngien mettraient fréquemment l'observateur en défaut et lui feraient méconnaître des tuberculoses pulmonaires réellement existantes mais peu apparentes physiquement. S'il y a sifflement, l'appréciation des lésions apparaît encore plus malaisée. « C'est ce qui nous est arrivé pour M. L., de Dunkerque, dont nous avons rapporté l'observation sous le nº 25. Le son était peu clair sans cependant être obscur et comme cette demi-obscurité s'observait dans toute la poitrine, elle ne pouvait servir à juger la prédominance relative de la lésion pulmonaire (l'autopsie prouva en effet que les poumons étaient également farcis de tubercules dans toute leur étendue). Quant aux bruits respiratoires, ils disparaissaient complètement au milieu du gargouillement bronchique et laryngé et l'aphonie qui était complète ne permettait pas de constater la résonnance de la voix. Cependant la phtisie pulmonaire tuberculeuse était évidente. L'abondance de l'expectoration purulente, la fièvre hectique, la diarrhée, l'amaigrissement, les sueurs nocturnes, tout concourait vers ce diagnostic que nous ne pouvions établir par les signes stéthoscopiques. » Mêmes remarques à propos d'un malade parent du Dr Honoré.

Des considérations précédentes on devrait conclure :

« 1º Que, le plus souvent, la phtisie pulmonaire tuberculeuse se montre la première et que le larynx ne se prend que dans les derniers temps.

« 2º Que, dans les cas les plus rares, la lésion tuberculeuse commence par le larynx et n'envahit le poumon que secondairement.

« 3° Que quelquefois la phtisie laryngée et la phtisie pulmonaire marchent simultanément.

« 4° Que, dans ce cas, la lésion semble quelquefois exister exclusivement dans le larynx à cause de la prédominance des symptômes laryngés et de la difficulté de constater la lésion des poumons par les signes stéthoscopiques. »

L'œdème de la glotte, quand il est chronique, simulerait une partie des phénomènes de la phtisie laryngée; mais, ici encore, il n'y aurait pas lieu de s'en préoccuper, puisque la maladie en question ne serait, le plus souvent, qu'un simple épiphénomène venant gravement compliquer la laryngite ulcéreuse.

L'allure de l'asthme se différencierait bien de celle de la phtisie laryngée, et, si les accès de dyspnée se ressemblent parfois, la marche serait essentiellement dissemblable. D'ailleurs, la voix naturelle et sonore dans l'asthme est, dans la phtisie laryngée, rauque et étouffée. L'erreur entre les deux maladies ne pourrait donc provenir que d'un manque d'attention.

Mort par marasme. — Trousseau et Belloc n'admettent, malgré l'étymologie du mot phtisie laryngée, la mort par marasme que dans la forme accompagnée de phtisie pulmonaire.

Mort par œdème de la glotte. — Quand il n'y a pas issue fatale par épuisement, si la terminaison doit être défavorable elle serait habituellement due à l'œdème de la glotte. Trousseau et Belloc ont longuement étudié la pathogénie de cette grave complication. Leur historique assez complet est un peu partial ; car ils semblent nier absolument la possibilité d'un gonflement par hydropisie des replis aryténo-épiglottiques, n'ayant trouvé, disent-ils, qu'un cas pouvant justifier l'opinion de Bayle. Ils penchent donc absolument en faveur des idées déjà brillamment exposées par Bouillaud.

Le grand argument des partisans du créateur de ce type morbide était que la muqueuse des ligaments aryténo-épiglottiques semblait pâle et décolorée. A ceci Trousseau et Belloc répondent que le fait n'est pas constant, qu'il dépend du moment où la mort s'est produite, que cette teinte en somme n'a rien d'étonnant quand les replis laryngés sont pleins de pus, puisque la couleur blanche caractérise celui-ci. Si l'hydropisie tend à gagner les régions à tissu cellulaire lâche, les collections purulentes font de même.

L'angine laryngée œdémateuse étant le résultat constant, en quelque sorte, d'une irritation du voisinage, c'est-à-dire d'une lésion locale plus ou moins grave, les tissus du larynx s'infiltreraient autour d'une ulcération, comme le font les tissus de la

jambe autour d'une plaie ou d'un ulcère variqueux. « On donne alors à cette tumeur le nom d'engorgement inflammatoire, non parce que le lieu qu'il occupe est enflammé, mais parce que l'engorgement est provoqué par l'inflammation d'un lieu voisin. » On ne s'en préoccuperait pas dans les lieux dits tolérants. « Ailleurs, s'il s'agit de l'œil (chémosis), du prépuce (paraphimosis), du larynx (œdème de la glotte), c'est autre chose à cause de la gravité que la tuméfaction des tissus provoque. » Qu'il y ait pus ou qu'il y ait simplement sérosité inflammatoire, il y aurait toujours inflammation. Mais, disent Trousseau et Belloc, on peut comprendre des circonstances où l'hydropisie et non plus l'inflammation sont en jeu et ils concluent de la façon suivante : « Bayle a eu raison de distinguer deux espèces d'angine œdémateuse : l'une primitive, l'autre consécutive.

« Quand elle est primitive, elle est presque constamment le résultat d'une fluxion inflammatoire du larynx ou des parties voisines et ne diffère nullement par sa nature de celle qui a été décrite par Boerhaave[1].

« Quand elle est consécutive, c'est-à-dire occasionnée par une lésion organique du larynx ou de ses annexes, elle peut être inflammatoire ou active ou bien non inflammatoire et passive.

« Dans le premier cas, l'inflammation s'est produite du point lésé jusqu'aux ligaments aryténo-épiglottiques ou jusqu'à la membrane muqueuse laryngienne.

« Dans le second cas, la sérosité accumulée dans ces parties n'est due qu'à l'engorgement des liquides autour de la perte de substance.

« Dans l'un comme dans l'autre des deux cas, l'angine ayant pour point de départ un point ulcéré ne saurait être regardée comme indépendante de l'inflammation[2]. »

Guérison. — Possible au début, la guérison pourrait s'opérer même quand les lésions sont déjà avancées, bien que le fait soit exceptionnel ; dans ce cas, il est vrai, la syphilis et non la tuberculose serait en cause. « L'observation de Morgagni nous montre qu'il ne faut pas désespérer d'obtenir un résultat heureux par cela seul que les désordres locaux seraient considérables et auraient duré longtemps. Il s'agit dans cette lettre (épistola 44, art. 15) d'un vieillard qui avait eu la vérole et éprouvait depuis longtemps une dyspnée habituelle. Après sa mort, on trouva des cicatrices qui couvraient la base de la langue. L'épi-

1. Aphorismes 800 et 802.
2. Celle-ci est le plus souvent spécifique et on trouve les replis aryténo-épiglottiques comme bourrés par des masses tuberculeuses.

glotte avait été érodée sur ses bords et ressemblait à celle des chiens. Enfin, la surface interne du larynx et celle même de la trachée offraient également des cicatrices qui par leur forme témoignaient de la profondeur des ulcères qui les avaient précédés. Il est vrai qu'ici la nature très probablement syphilitique des ulcérations avait permis d'obtenir un succès sur lequel il serait téméraire de compter dans les cas ordinaires. »

C'est Trousseau qui a inauguré, au larynx, le traitement *local*. Ses moyens thérapeutiques sont déjà assez rationnels d'ailleurs.

Traitement. — « La condition la plus indispensable pour la réussite du traitement des maladies du larynx, c'est le repos [1] de l'organe : les malades devront parler à voix basse ou même se contenter d'écrire sur une ardoise. »

Trousseau et Belloc ne rejettent pas les antiphlogistiques et les émollients universellement préconisés ; car cela aurait choqué trop vivement les idées de l'époque, mais ils les recommandent sans grande conviction.

« Les saignées et les émollients sont, *peut-être à tort*, rangés parmi les moyens les plus puissants pour combattre la phtisie laryngée commençante... Quant à l'emploi des émollients, il doit être fait avec quelque mesure. » Ainsi les cataplasmes, au lieu de calmer, provoqueraient parfois « vers la gorge une fluxion considérable, et les accidents, loin d'être calmés, subissent au contraire une grande aggravation ». Même septicisme relatif pour les vésicatoires, les sétons, les frictions mercurielles.

« Quant aux révulsifs appliqués loin du lieu malade, c'est-à-dire au bras et à la jambe, nous y avons encore moins de confiance qu'aux révulsifs voisins de l'organe malade. »

Par contre, les médicaments qui calment la douleur, comme les solanées vireuses (datura stramonium, belladone) et surtout la morphine donneraient positivement des effets favorables.

Trousseau et Belloc ont surtout confiance dans les topiques locaux, liquides ou solides (nitrate d'argent), que Trousseau avait le premier introduits dans la thérapeutique laryngée.

Les fumigations étaient depuis longtemps employées ; mais avec peu de succès, car leurs cautérisations devenaient dangereuses par leur action étendue à tout l'arbre aérien ; il fallait trouver le moyen d'atteindre le larynx seul. Comme liquide, Trousseau choisit le nitrate d'argent, le sublimé, le sulfate de cuivre. Il portait la goutte de liquide avec une flèche en papier recourbée,

1. C'est pourquoi la trachéotomie pour supprimer l'organe au point de vue fonctionnel a été préconisée par plusieurs spécialistes distingués.

faisait ouvrir fortement la bouche, déprimait la langue avec une cuiller et introduisait la flèche dont il tournait la pointe en avant. « Lorsque son extrémité a dépassé l'épiglotte, on fait exécuter à l'instrument un mouvement de bascule qui l'enfonce dans la partie supérieure du larynx. » On pourrait, dit-il, se servir encore d'une baleine recourbée et armée d'un petit morceau d'éponge. Pour faciliter l'introduction dans le larynx, il faisait opérer un mouvement de déglutition qui portait l'organe en question en haut. Mais le contact du liquide avec une partie du pharynx étant dans ce cas tout à fait désagréable, Trousseau préféra bientôt à la baleine une seringue bâtie sur le modèle de celle d'Anel, « dont le siphon a cinq pouces de longueur et se recourbe fortement à son extrémité », qu'il remplissait au quart d'une solution de nitrate d'argent. L'air qui occupait les trois autres quarts projetait, lors de la marche du piston, une pluie fine dans le larynx, quand l'extrémité de l'instrument avait pénétré, c'est-à-dire quand on avait dépassé l'épiglotte. La cautérisation, dit-il, produit aussitôt une toux convulsive et des mouvements de régurgitation. Ces cautérisations agiraient comme sur les ulcères de l'extérieur qui résistent si opiniâtrément au traitement général et à l'application des topiques doux et guérissent dès qu'on a modifié leur surface. De nombreuses observations citées par lui prouveraient le bien-fondé de cette affirmation. La lecture de ces faits prouve qu'il s'agissait le plus souvent de laryngite chronique simple, comme l'avoue du reste l'auteur.

Les cautérisations avec les liquides avaient été adoptées par lui à cause des bons effets des solutions astringentes sur la conjonctive. « Nous voyons, en effet, que pour l'ophtalmie, par exemple, des collyres avec une solution de sublimé, de sulfate de cuivre, de nitrate d'argent, de sulfate de zinc modifient avec autant de rapidité que de bonheur la phlegmasie chronique de la membrane muqueuse. Il en est de même pour les fosses nasales ; il devait en être de même pour le larynx. L'expérience a prouvé que nos conjectures étaient fondées. » Mais il dut s'avouer que la manœuvre était incommode, qu'elle nécessitait une longue pratique, une certaine habileté technique et que souvent elle était mal supportée. Donc, il recourut, dans beaucoup de cas, finalement, à la projection de poudres médicamenteuses dans le larynx.

Bretonneau [1], son maître, se servait déjà de poudre d'alun

1. Aétius se servait dans ce but d'un simple roseau.

qu'il faisait pénétrer, en cas de croup, dans le larynx, à l'aide d'un tube renflé dans la moitié de sa longueur et fermé par un diaphragme de gaze. Trousseau eut recours au roseau des anciens ou à un tube de verre. On introduisait celui-ci aussi profondément que possible, puis on recommandait au malade de faire une profonde inspiration, ce qui entraînait une partie de la poudre dans le larynx, grâce au vide qui se produisait dans l'arbre aérien. Trousseau employait du sulfate de bismuth, du calomel mêlé au sucre : la proportion de sucre était naturellement très forte (trente-six fois plus), le précipité rouge, le sulfate de zinc et de cuivre et surtout le nitrate d'argent.

Les deux écrivains font des remarques intéressantes sur le traitement mercuriel utile surtout, bien entendu, dans les cas où la vérole est probable et sur l'emploi des sulfureux.

Ils avouent franchement que la phitise tuberculeuse avérée et la phtisie cancéreuse sont au-dessus des ressources de l'art.

Reste, il est vrai, disent-ils, la trachéotomie, dont Desault avait bien fixé les indications dans la phtisie laryngée, mais sans intervenir lui-même. Ils font de l'opération un long historique assez hors de sujet et mentionnent à nouveau, à propos de la phtisie laryngée, la technique employée par l'un d'eux (Trousseau) lorsqu'il s'agissait du croup [1].

Trachéotomie et tubage. — On sait quel a été le sort de la première. Tentée pour la première fois par le célèbre chirurgien alexandrin Antyllus, perfectionnée par Paul d'Égine, oubliée jusqu'au chirurgien parisien Habicot, au XVIIe siècle, préconisée ardemment par Louis, de l'ancienne académie de chirurgie, pratiquée plusieurs fois par Desault qui précisa ses indications, par Dupuytren, elle n'était pas encore véritablement entrée dans la pratique. Bretonneau se hasardait néanmoins timidement à l'exécuter dans certains cas de croup. Il n'eut d'abord que des revers, parce que l'ouverture de la trachée était trop petite, la canule trop étroite ; les malades continuaient donc à étouffer. Il s'aperçut bientôt de la faute qu'il avait commise et élargit son ouverture trachéale. Mais c'est Trousseau qui vulgarisa véritablement la trachéotomie. Il modifia le procédé de son maître, inventa en quelque sorte la méthode lente, couche par couche, et obtint, en 1831, un succès brillant ; puis il perdit sept malades de suite. En 1839, Bricheteau fait un rapport qui soulève une discussion à laquelle prirent part Amussat, Vel-

1. L'observation du médecin Evrard prouverait que la trachéotomie a des effets positivement favorables dans la phtisie laryngée.

peau, Blandin, Roux; ils déclarèrent n'avoir jamais obtenu un succès avec la trachéotomie. Jusqu'en 1849, d'après un rapport de Trousseau lui-même, on avait fait à l'Hôpital des Enfants-Malades quarante trachéotomies; or pas une n'aurait eu d'issue heureuse. Cependant, en ville, Trousseau réussissait en moyenne une fois sur quatre. Il opérait, il est vrai, dans de meilleures conditions qu'à l'hôpital; mais il faut reconnaître aussi, comme nous l'avons dit plus haut, qu'il avait beaucoup perfectionné l'intervention. Ainsi, non seulement il incisait méthodiquement, ouvrait largement la trachée, mais encore il substituait à la canule simple [1] une canule double, dont la partie intérieure pouvait s'enlever à volonté tandis que la partie extérieure restait constamment dans la plaie.

Voici quelles seraient les conditions fondamentales de réussite, d'après un article de Trousseau, paru, en 1851, dans la *Gazette hebdomadaire de médecine*:

« 1° Opérer lentement, afin d'éviter d'une part les pertes de sang, et de parvenir d'autre part, avec sécurité, dans la trachée.

« 2° Choix de la canule dont le calibre doit dépasser celui de la glotte, canule double, sans laquelle il est impossible de maintenir le libre passage de l'air.

« 3° Usage d'une cravate épaisse, qui fait respirer le malade autour de ses mâchoires et non une simple gaze qui n'empêche pas l'air froid de pénétrer dans les bronches, d'irriter les poumons et de produire des croûtes semblables à celles du coryza dans les fosses nasales.

« 4° Entretien d'une température chaude et d'une humidité convenable de l'air.

« 5° Cautérisation de la plaie répétée les trois ou quatre premiers jours, et sans laquelle la plaie se couvre de fausses membranes et devient le point de départ de résorption, d'intoxication générale, de gangrène, de phlegmons diffus, d'adénites suppurées, d'accidents qui appartiennent à la maladie et non à la trachéotomie, et que l'on voit surtout survenir à la suite des vésicatoires et qu'on doit proscrire, comme les sangsues, d'une façon absolue.

1. Celle-ci, dit Malgagne, est d'origine anglaise. Elle est décrite tout au long dans les transactions philosophiques de Londres de 1730. Elle fut citée ensuite par Plattner, Louis, de l'ancienne académie de chirurgie, protagonistes ardents de la bronchotomie, Sabatier, Boyer. C'est Garengeot qui eut l'idée de mettre au-devant de l'ouverture de la canule une bande de gaze.

« Enfin, un point de la plus grande importance est l'alimentation. Sa valeur est telle qu'il faut au besoin recourir à la violence pour la faire accepter, et employer la sonde œsophagienne dans les cas si fréquents où la maladie laisse à sa suite une paralysie du voile du palais et du larynx...

« Avec ces mesures, la trachéotomie aura sans doute toujours quelques dangers par elle-même, mais elle comptera d'autant plus de succès, que toutes ces précautions seront mieux comprises et plus strictement observées. »

En 1857, Bouchut reprit la question du *tubage* inventé par Desault et s'efforça de le rendre pratique. Trousseau s'éleva avec vivacité contre la généralisation de la nouvelle méthode qui prétendait se substituer à la trachéotomie. Suivant lui, le tubage avait des indications beaucoup plus limitées.

Dans son rapport à l'Académie de médecine de Paris, 2 nov. 1853, il s'exprime ainsi :

« Personne ne peut révoquer en doute, d'après les faits et les dates, que l'idée du tubage du larynx et de la trachée n'appartienne à Reybard et surtout à Loiseau ; mais à Bouchut appartient l'honneur d'avoir fait de cette idée une application pratique.

« Le premier, il a placé et maintenu dans le larynx d'enfants atteints de croup, un tube métallique par lequel l'air a pu être introduit plus aisément et les fausses membranes plus facilement expulsées; il a rapporté des faits qui, pour n'avoir pas été suivis de guérison, n'en sont pas moins probants.

« Au moyen d'une sonde ordinaire percée à ses deux extrémités, introduite comme conducteur, par la bouche, à l'intérieur du larynx, il porte dans la glotte une virole de forme particulière, qu'il retient au dehors à l'aide d'une amarre de soie, et qui reste en place d'un à trois jours, c'est-à-dire le temps nécessaire à la disparition des phénomènes d'asphyxie.

« Cette virole est garnie à son extrémité supérieure de deux bourrelets destinés à la maintenir dans la glotte, sur la corde vocale inférieure, à la façon d'un de ces boutons mobiles, en forme de poulie, dont on se sert pour maintenir les plis de poitrine de chemises d'homme.

« La tolérance de cette virole par la glotte s'établit rapidement ; elle ne gêne pas les fonctions de l'épiglotte, qui s'abaisse sur elle, de manière à empêcher les boissons de pénétrer dans les voies aériennes ; elle donne un facile passage à l'air, puisqu'elle arrondit, en l'élargissant, l'ouverture longitudinale, étroite et contractile, que limitent les cordes vocales, et elle peut

permettre le passage des fausses membranes qui se détachent de la trachée et des bronches.

« Le procédé est-il facile ? Est-il dangereux ? Est-il utile ?

« A l'aide de l'armure que Loiseau a imaginée, on arrive assez facilement jusqu'à l'épiglotte d'un enfant, pourvu qu'il ait plus de deux ans (au-dessous de cet âge, le doigt de l'opérateur est trop gros pour ne pas augmenter la suffocation), et on peut la relever de manière à diriger sûrement dans le larynx une sonde convenablement recourbée ; il n'y a donc rien de difficile dans cette petite opération.

« Toutefois le doigt de l'opérateur, dans les expériences de l'hôpital, était d'un volume tel, relativement au calibre de la partie inférieure du pharynx, que le petit malade étouffait. Il faudrait que l'opération fût faite avec une dextérité et une rapidité qu'il n'est pas donné à tout le monde d'atteindre.

« Si le cathétérisme est une chose facile, il n'en est pas de même du tubage de la glotte, et Guersant lui-même, n'a pu y parvenir dans une tentative sur le cadavre avec les instruments de Bouchut...

« Au point de vue de l'innocuité, il n'est pas probable que l'application, pendant un ou deux jours, d'un tube laryngé puisse être suivie de grands inconvénients, peut-être un peu d'irritation dans les points en contact avec l'instrument ; mais les ulcérations des cordes vocales, les nécroses des cartilages ne pourraient guère survenir que si le tube restait plusieurs jours dans le larynx, et il ne pourrait y rester 8, 10, 15 jours sans occasionner de graves désordres...

« Pour ce qui est de l'utilité du tubage, Loiseau en proposant, Bouchut en exécutant le premier le tubage du larynx, et avant eux Reybard, en introduisant une sonde à demeure dans les voies aériennes, avaient eu l'idée de remplacer et par conséquent d'éviter la trachéotomie.

« La méthode de Reybard n'est pas à discuter, elle n'est pas admissible. Les gros tubes de Loiseau ne sauraient aussi être employés. Le tube de Bouchut seul mérite d'être examiné.

« A priori, un tube de ce genre placé entre les cordes vocales doit retarder et peut-être empêcher complètement l'asphyxie croupale, toutes les fois que la fausse membrane ne dépasse pas la glotte, et, dans ce cas seulement, le tubage du larynx peut suppléer parfaitement à la trachéotomie.

« On comprend encore son utilité dans ce qu'on appelle imparfaitement l'œdème de la glotte, malgré l'opinion de Jobert qui le repousse.

« Le tube de Bouchut toutefois n'a aucune influence curative au point de vue de la phlegmasie diphtérique, ce n'est qu'un moyen mécanique propre à retarder l'asphyxie.

« Si on compare le tubage aux procédés à l'aide desquels on essaye d'enlever du larynx lui-même les fausses membranes qui l'obstruent, il faut établir un point qui est le suivant : dans la presque universalité des cas, les malades atteints de croup meurent par l'occlusion du larynx. La preuve, c'est que, immédiatement après la trachéotomie, les malades éprouvent un soulagement immense, lequel dure aussi longtemps que les parties situées au-dessous de la canule ne sont pas profondément envahies.

« On voit ainsi que, avant la trachéotomie, les malades meurent par l'occlusion du larynx.

« On se demande alors si l'éponge à l'aide de laquelle Green enlève les fausses membranes qui tapissent la glotte, si la sonde conductrice laryngée de Loiseau pour porter les principes médicamenteux dans le larynx et pour y faire cheminer une espèce de curette ne suffisent pas pour désobstruer le larynx.

« La difficulté pour introduire les instruments de Green et Loiseau est infiniment moindre que pour le tubage de Bouchut. Le procédé des deux premiers aurait cela d'avantageux, qu'il ne serait pas seulement un moyen mécanique, mais un acte véritablement curatif...

La trachéotomie a eu de la peine à faire son chemin. Conseillée par J.-Ch. Caron qui ne l'exécuta que deux fois, sans méthode et sans succès, par Bretonneau, propagée et pratiquée par Trousseau avec une ardeur très vive, elle fut, après de longs efforts et de longues luttes, généralement adoptée en France et dans l'Amérique du Nord...

« Le docteur Bouchut, dit l'auteur, a pris la triste tâche de combattre une médication toute française... »

Trousseau compare les statistiques de Bergeron, Bouchut, Roger, Sée et conclut ainsi :

« La trachéotomie peut donc soutenir le parallèle avec les divers traitements internes appliqués à tous les croups indistinctement, bien que son domaine de prédilection ait toujours été celui des cas désespérés, ou au moins des cas très graves. »

Trousseau ajoute que, si la trachéotomie compte beaucoup d'insuccès, c'est qu'elle est faite trop tard ou par des mains inexpérimentées. Il continue sa polémique avec Bouchut, en critiquant les observations de ce dernier, et se résume de la manière suivante :

« Est-ce à dire que le tubage est un procédé qu'il faut absolument rejeter ? Nous ne le pensons pas. Le tubage est un procédé encore nouveau, et l'on doit espérer que chaque jour apportera encore un perfectionnement et que, dans un avenir prochain, le tubage du larynx aura à enregistrer quelques succès positifs, et si l'avenir prouvait que, dans les laryngites aiguës simples, qui tuent quelquefois par occlusion laryngée, le tubage, pratiqué pendant quelques heures, a empêché la mort, et laissé le temps d'agir à des médications utiles, M. Bouchut aurait rendu à la médecine un service de plus. En attendant je me borne aux conclusions suivantes :

Conclusions. — « 1° Le tubage du larynx, dans certaines laryngites aiguës, peut, en retardant l'asphyxie, devenir un moyen curatif ;

« 2° Dans certaines maladies chroniques du larynx, il peut permettre de retarder la trachéotomie et quelquefois de traiter et guérir la maladie ;

« 3° Dans le traitement du croup, il retarde quelquefois l'asphyxie et permet d'introduire plus facilement dans les voies aériennes des agents capables de modifier l'inflammation diphtérique ;

« 4° Il ne peut que bien rarement suppléer à la trachéotomie, qui reste le moyen principal à opposer au croup, dès que les ressources médicales semblent épuisées. »

XVIII. — VALLEIX.

Comme Blache et Monneret, Valleix a dressé un inventaire complet et intéressant des connaissances de ses contemporains en nosologie laryngée. Très érudit, clinicien remarquable et excellent émule de son maître Louis, un des grands anatomo-pathologistes de l'époque, esprit éminemment curieux et investigateur, il a eu, un des premiers, le mérite de nous laisser une esquisse de différentes affections[1] (tuberculose, syphilis du larynx, laryngo-typhus), dont l'étude ne sera achevée que dans les périodes ultérieures. Il fait d'abord remarquer que, par sa situation et par ses fonctions, l'organe phonateur, dont il va exposer les troubles morbides, doit donner à la fois des symptômes respiratoires et des symptômes vocaux. Certes, ces derniers, dit-il, ont le plus grand intérêt ; mais il ne trouve pas rationnel qu'on y centralise en quelque sorte toute la pathologie de cette région de l'économie, ainsi que l'avaient proposé quelques-uns. « Comme organe de la voix, il a attiré l'attention de quelques médecins qui ont fait une étude toute spéciale et de son organisation et des maladies dont il peut être affecté. On a donné à ces affections le nom *de maladies de la voix*, mais cette division est tout arbitraire ; les altérations diverses de la voix ne sont autre chose qu'un symptôme fort important des maladies de l'organe respirateur, et ne constituent pas à elles seules de véritables affections[2]. »

Pour classifier celles-ci Valleix, rejette le point de vue purement symptomatique, qui ne pourrait conduire qu'à des syndromes, pour adopter pour base, suivant les tendances qui commencent à se faire jour, l'anatomie pathologique. « Les maladies du larynx ont été diversement divisées par les auteurs. Autrefois, on décrivait des aphonies, des suffocations, une phtisie laryngée. C'est-

1. Ajoutons qu'il a remarquablement décrit la laryngite aiguë et la laryngite chronique.

2. Comme on le sait, la postérité a révisé partiellement cette fin de non-recevoir de Valleix, en admettant des affections par surmenage ou par neurasthénie portant exclusivement sur les fonctions vocales (Gutzmann, Castex, etc.).

à-dire qu'on regardait comme formant toute la maladie le principal symptôme ou bien les résultats funestes que le mal apportait dans tout l'organisme. Aujourd'hui, on s'accorde à prendre pour base de la classification les altérations anatomiques trouvées dans le larynx. Sans prétendre que toute la maladie consiste dans la lésion anatomique, nous regardons cette manière de classer les affections du larynx comme la plus simple et la plus utile pour le praticien. »

Un autre progrès réalisé dans la nomenclature et permettant de mieux individualiser les maladies de l'appareil vocal est également adopté par l'auteur. « C'est seulement dans ces derniers temps qu'on a imposé à la maladie (aux phlegmasies) qui nous occupe le nom de laryngite. On lui donnait auparavant celui d'angine, sous lequel il faut en chercher la description dans les auteurs anciens. » C'était Roche et quelques autres qui avaient établi cette terminologie bientôt acceptée par la grande majorité des nosologistes.

Valleix se rend compte que même les affections les plus vulgaires de l'appareil phonateur, malgré des travaux nombreux et souvent heureux qui avaient notablement élargi son domaine, étaient encore néanmoins dans l'enfance. « Nous ne possédons sur la laryngite proprement dite aucun de ces travaux qui, par leur rigueur et les détails dont ils abondent, ne laissent pas, sans l'avoir approfondi, un seul point de l'histoire d'une maladie ; mais nous avons de nombreuses recherches particulières, à l'aide desquelles il me sera possible de tracer une description assez complète de cette affection, tout en regrettant que l'état actuel de la science laisse insolubles plusieurs questions assez importantes. » La raison principale de cet état imparfait de la nosologie laryngée était certainement l'absence, à cette époque, de l'exploration physique. L'auteur le constate. « Par sa position superficielle, le larynx semble, au premier abord, plus accessible à l'exploration que la plupart des organes où siègent les affections du domaine de la médecine proprement dite ; mais, en y regardant de plus près, on voit qu'il n'en est réellement rien. Son ouverture supérieure, cachée par l'épiglotte, se dérobe à la vue et, bien que l'on conseille [1], dans plusieurs cas, de l'explorer, en portant profondément l'extrémité du doigt indicateur dans l'arrière-gorge, il est certain que la pratique n'a pas tiré un

1. Thuillier, dans sa thèse inaugurale (Paris, 1825), avait proposé ce moyen, qui fut généralement rejeté à cause des spasmes et de l'angoisse qu'il provoque.

grand parti de cette exploration. D'un autre côté, les parties molles, qui forment sa paroi antérieure, empêchent ordinairement que le palper agisse d'une manière efficace sur les parties lésées, en sorte qu'en réalité le larynx, sous le rapport de la facilité de l'exploration directe, doit être placé au rang des organes les plus inaccessibles. On a inventé des spéculums particuliers pour favoriser l'inspection de la cavité laryngienne ; mais ces instruments d'un usage très peu répandu, n'ont encore donné que des résultats peu avantageux[1]. »

Phlegmasies laryngées. — Dans un article, de grande valeur, sur les maladies du larynx, paru dans le *Dictionnaire en 15 volumes*, qui fit sur les contemporains une impression profonde, Cruveilhier avait nettement distingué les maladies n'intéressant que les couches *superficielles* de la muqueuse, des maladies atteignant les couches *profondes* de l'appareil vocal (laryngite phlegmoneuse, œdème de la glotte, périchondrite laryngée, ces deux dernières affections qualifiées par lui de laryngite sous-muqueuse sus-glottique et laryngite sous-muqueuse sous-glottique). Valleix accepte cette division ; mais, se basant sur la clinique, il admet, pour le catarrhe, une *forme légère* et une *forme grave*[2]. « Pour les causes prédisposantes comme pour les causes occasionnelles, comme, au reste, pour tout ce qui concerne la laryngite, il faut avoir bien soin d'établir une distinction entre la laryngite légère qui consiste généralement dans un enrouement passager, et la laryngite grave qui présente souvent des symptômes formidables ; car ce qu'on a dit de l'une de ces deux maladies s'applique rarement à l'autre. Examinons-les donc séparément. »

Ainsi, pour la variété légère, pas de prédisposition tenant à l'âge, au tempérament, mais influence saisonnière manifeste, un grand nombre de sujets étant frappés à certaines époques de l'année, comme pour l'amygdalite et la bronchite. Le surmenage vocal[3], souvent incriminé, n'aurait pas été étudié d'assez près pour qu'on puisse répondre d'une manière définitive ; par contre, « on voit parfois cette affection survenir dans la *convalescence des maladies graves* et chez les sujets affaiblis par une cause quelconque. Ces cas ne sortent pas de la règle générale

1. Voir l'article consacré à Trousseau, où l'on trouvera quelques renseignements sur les divers spéculums laryngés inventés à cette époque.
2. Distinction admise par Rilliet et Barthez, Blache, Monneret et Delaberge.
3. Valleix admettait, dans ces cas, une simple congestion irritative.

qui veut que les phlegmasies se contractent plus fréquemment, lorsque l'organisme a subi une détérioration plus ou moins sensible». Le froid et les poussières irritantes auraient une action plus nette.

Pour les cas de laryngite grave [1], on noterait un pourcentage plus élevé dans l'enfance et l'adolescence. Les climats froids y prédisposeraient, notamment le climat de l'Angleterre. Quant aux laryngites épidémiques, la question resterait indécise ; car, dit l'auteur, actuellement on n'en observe plus d'exemple ; et autrefois, le diagnostic était trop incertain pour qu'on puisse admettre sans contrôle les assertions d'anciens auteurs.

Les causes efficientes de cette laryngite grave seraient très difficiles à saisir, comme pour toutes les phlegmasies profondes des organes [2]. Parfois, le mal semblerait contagieux (Blache) ; mais c'est qu'alors il y aurait rougeole et scarlatine, maladies essentiellement transmissibles et au cours desquelles se développeraient fréquemment des phlegmasies intenses. Le traumatisme, et surtout les brûlures de l'épiglotte par le bec d'une aiguière à thé, chez les jeunes enfants, constitueraient des facteurs étiologiques évidents, quoique exceptionnels [3].

La *symptomatologie* de la laryngite aiguë légère ne se caractériserait que par un peu de gêne au larynx, un passage continuel de la voix des sons graves aux sons aigus et criards, rendant le timbre de la parole désagréable (dysphonie), une toux souvent nulle et qui ne serait jamais très violente ; pas de fièvre.

Dans la laryngite aiguë grave, qui a attiré davantage que la première, dit Valleix, l'attention des médecins [4], mais sur laquelle « il resterait encore beaucoup à faire » pour bien fixer la scène, la réaction morbide s'annoncerait par une douleur véri-

1. Ces laryngites graves de Valleix sont tantôt des laryngites superficielles à réaction spasmodique très marquée du côté de la glotte, tantôt des laryngites phlegmoneuses en train d'évoluer et aboutissant à la période suppurative, en passant auparavant par une période catarrhale ou des toxinfections. En un mot, le groupe est loin d'être homogène ; il ne pouvait pas l'être en présence de la diversité des cas cliniques englobés sous ce nom.

2. On a invoqué la virulence extrême des germes, l'affaiblissement du terrain ; mais, sans nier l'efficacité de cette pathogénie, on doit, semble-t-il, surtout faire entrer en ligne de compte des éraillures assez profondes, des destructions de quelques glandes permettant au microbe d'atteindre le tissu cellulaire sous-muqueux, circonstances contingentes qui échappent forcément à l'observateur.

3. Cheyne, *Cyclopedia of pratical medecine*, et Hicks, *London medical Gazette*, 1837-38, en avaient publié des exemples du temps de Valleix.

4. Principalement Blaud de Beaucaire, Constant, Chavasse.

table laryngée, qu'exaspère la pression sur le cartilage thyroïde et qu'exagère en général le passage des liquides. « Un autre signe non moins fréquent et plus précieux, c'est la sensation d'un corps étranger dans le larynx. Les auteurs n'ont point assez insisté sur ce symptôme qui s'est montré d'une manière très remarquable dans les observations. »

La toux serait souvent quinteuse, fatiguante.

La voix, d'abord enrouée comme dans la laryngite légère, finirait assez vite par l'extinction. La respiration, rapidement gênée, deviendrait rude et bruyante et, en auscultant directement le larynx, on entendrait un ronchus sonore. L'obstacle au passage de l'air amènerait assez vite l'asphyxie avec face bouffie, paupières gonflées, lèvres bleuâtres, surtout pendant les paroxysmes (spasmes de la glotte) qui surviendraient de temps à autre. L'expectoration, qui n'offre rien de caractéristique, ne renfermerait jamais de débris de fausses membranes.

Les symptômes généraux, absents dans la laryngite légère, se montreraient ici très marqués. Il y aurait de la fièvre, de la prostration, de l'angoisse. La durée du mal ne dépasserait pas un septénaire. La mort terminerait le plus souvent la scène.

Dans plusieurs cas, une suppuration manifeste se serait établie au bout de quelques jours, avec redoublement de tous les symptômes morbides; mais, dans d'autres (Constant, Hacke), on n'aurait constaté, à la mort, qu'une légère tuméfaction de la muqueuse avec rougeur.

L'angine pharyngienne intense, avec gonflement des amygdales, gêne, dit Valleix, parfois la respiration; mais le siège des douleurs, l'examen physique, la dysphagie excluent bientôt l'idée d'une phlegmasie laryngée.

Le *diagnostic* d'avec le croup serait, par contre, beaucoup plus malaisé. « Des affections qui ont leur siège dans le larynx, la laryngite pseudo-membraneuse ou croup est, sans contredit, celle qu'on peut confondre le plus facilement avec la laryngite aiguë intense et celle qu'il importe le plus de distinguer; car, bien que la laryngite simple puisse avoir, comme on l'a vu, un haut degré de gravité, elle en a beaucoup moins, sans contredit, que le croup, et, sur le rapport du diagnostic comme du traitement, le praticien est très intéressé à reconnaître à laquelle de ces deux affections il a affaire [1]. Si nous nous rappelons les

1. Certes, la laryngite grave de notre époque ou laryngite phlegmoneuse est aussi dangereuse que le croup; mais, comme nous l'avons dit précédemment dans une note, l'entité de Valleix n'est pas homogène et comprend en réalité des cas de laryngite catarrhale à spasmes glottiques plus fréquents et

principaux symptômes de la laryngite simple, dont on trouve plus haut le résumé, nous verrons qu'ils sont les mêmes, à l'exception toutefois de l'expectoration. Ainsi, la douleur, la suffocation avec ses paroxysmes, la sensation d'un corps étranger s'observent et dans le croup et dans la laryngite simple. Il en est de même des altérations de la voix ; car ce qu'on a dit de la voix croupale, du cri d'un jeune coq n'est fondé que sur des exceptions ; et dans l'une ou l'autre de ces deux maladies c'est : 1° la raucité, 2° l'extinction de la voix qui constituent les symptômes constants et essentiels. Reste donc l'expectoration et, sous ce rapport, l'excrétion des fausses membranes, qu'on trouve parfois dans les matières expectorées par les sujets affectés de croup, jette une vive lumière sur le diagnostic. Malheureusement, on cite un bon nombre de cas de croup dans lesquels il n'y a pas eu expulsion de fausses membranes. » Si l'on a pu examiner à temps, on constaterait, il est vrai, une isthmite pseudo-membraneuse caractéristique, mais qui ne tarde pas à disparaître. « Il suit de ce qui précède que, lorsque, dans le croup, les amygdales sont exemptes d'altération, il est bien difficile de distinguer ces deux affections. Aussi, l'erreur a-t-elle été commise par des hommes qui ont étudié avec le plus grand soin les laryngites de toute espèce. C'est ce qui arriva dans le cas observé par Hacke et dont nous avons parlé plus haut. On avait envoyé le petit malade à l'hôpital des enfants, afin qu'on l'opérât au plus tôt ; mais l'absence de fausses membranes dans l'expectoration et surtout un reste de timbre dans la voix firent suspendre l'opération. L'enfant ayant succombé, on ne trouva aucune trace de fausses membranes dans toute l'étendue de l'arbre aérien. Il n'y avait qu'une rougeur médiocrement intense de la muqueuse laryngienne et, chose remarquable, sans gonflement marqué des parties internes de l'organe, sans rétrécissement apparent de la glotte. »

Thomas Blackley (*Dublin médical Journal*, 2 juillet 1838) avait publié un article intéressant sur une nouvelle affection laryngée qu'il dénommait laryngite ulcéreuse aiguë. Valleix pense que l'analogie entre sa laryngite grave et l'entité morbide du médecin irlandais est très étroite. « En somme, le diagnostic différentiel de ces deux affections reste encore à établir d'une manière positive. »

Quant à l'œdème de la glotte, s'il est vrai, contrairement à

plus intenses que d'habitude, et des toxinfections à lésions superficielles mais à réactions plus ou moins septiques quoique transitoires.

l'assertion de Bayle, que l'affection puisse s'accompagner de fièvre, la pathogénie donnerait ici des moyens de différenciation assez importants. « En examinant les observations de laryngite œdémateuse citées par les auteurs, on voit que la maladie s'est presque toujours développée dans le cours d'une autre affection et principalement d'une affection chronique ou d'une ulcération aiguë voisine de la glotte. L'infiltration séreuse ou séro-purulente qui existe dans ces cas n'est donc pas réellement primitive et par conséquent, en étudiant la marche de la maladie et surtout l'état du sujet au début, on pourra arriver au diagnostic. »

Les corps étrangers, malgré la ressemblance des symptômes avec la laryngite grave, se distingueraient par leur mode de début subit, l'absence de fièvre, du moins pendant longtemps, les quintes de toux d'une violence extrême, dès le début. Souvent enfin les anamnestiques seraient assez nets pour entraîner la conviction.

Laryngite chronique simple. — Avec les idées de Broussais sur les phlegmasies chroniques, qu'il avait tant contribué du reste à faire connaître, l'existence des laryngites de cette nature devait être considérée *a priori* comme très fréquente. En effet, étant donné que les phlegmasies à réaction lente et torpide aboutiraient facilement, d'après cet auteur, à des processus de destruction parfois très étendus, il n'était pas difficile de trouver dans l'organe phonateur ces processus anatomiques à désordres multiples et plus ou moins profonds ; mais, dit Valleix, en y regardant de plus près, les choses changent singulièrement d'aspect : « Dans tous les traités, dans tous les articles consacrés aux maladies du larynx, la laryngite chronique simple a trouvé sa place et a été décrite comme s'il était assez commun d'en rencontrer des exemples. C'est là, néanmoins, une manière de voir qu'on ne saurait adopter sans restriction. Si, en effet, on veut parler de la laryngite chronique légère [1], de celle qui ne consiste qu'en un enrouement plus ou moins marqué, avec sensation de gêne dans l'organe de la voix, il est certain qu'on a assez fréquemment l'occasion d'observer cette maladie ; mais, s'il s'agit d'une laryngite chronique donnant lieu à des accidents graves

1. La laryngite chronique avec enrouement a été signalée par divers auteurs de la période gréco-romaine. Lorsque Chomel, vers le milieu de la période que nous étudions, eut découvert les pharyngo-laryngites granuleuses, on eut dès lors une base anatomique pour expliquer les troubles vocaux.

et demandant un traitement actif, il est facile de s'assurer que la science est très pauvre en observations semblables et que presque tous les faits cités sont relatifs à une autre forme de laryngite que l'inflammation simple de la muqueuse laryngienne. Cependant, on en possède quelques cas et c'est, d'après eux, que j'exposerai ce que nous savons de plus positif sur cette maladie. »

Suivant l'auteur, les lésions resteraient toujours cantonnées à la superficie. « La laryngite chronique est celle qui affecte uniquement les parties molles du larynx, sans déterminer d'altération profonde de substance; celle, en un mot, qui consiste en une inflammation bornée à la membrane muqueuse et qui parcourt lentement ses périodes. »

Étudiant ses *causes*, Valleix montre que le jeune âge, si on fait abstraction de certains cas ayant succédé au croup[1] (Trousseau), serait absolument indemne de cette affection, et que le sexe masculin serait surtout frappé (Matthew, Barth). Le surmenage vocal, les excès alcooliques, les fatigues corporelles ont été, dit l'écrivain, surtout invoqués par les nosologistes et, en effet, tous ces facteurs étiologiques tendraient à congestionner l'organe vocal; mais ceci ne serait valable que pour la laryngite chronique légère. Pour la laryngite chronique intense, il faudrait invoquer les refroidissements répétés produits par un climat humide (par exemple celui de l'Angleterre), l'influence mal connue de certaines affections antérieures telles que le croup, et surtout l'exposition habituelle aux poussières irritantes, bien que le fait ne soit pas encore complètement établi.

Voici les *symptômes* assignés à l'affection. « Dans la *laryngite légère*, le principal symptôme est l'altération de la voix. Cette altération peut varier à l'infini. Lorsqu'elle est légère, la voix est rauque, dure à l'oreille, un peu couverte. Lorsqu'elle est parvenue à son plus haut degré, la voix est basse, râlante. On entend dans la gorge une espèce de sifflement qui se mêle à tous les sons[2], et le sujet affecté est obligé, pour se faire entendre, de faire des efforts extrêmement sensibles.

1. Le croup laisse, en effet, souvent comme trace de son passage des lésions plus ou moins profondes et étendues, et surtout une asthénie marquée de la musculature laryngée, parfois des paralysies véritables. Tout ceci amène de la dysphonie.

2. Dans ce cas, il existe une paralysie plus ou moins complète des cordes vocales, d'où aphonie, que Valleix rattache à la phlegmasie chronique de l'organe. Le sifflement est dû à l'échappement de l'air expiratoire entre les cordes vocales relâchées pendant un effort.

« Les sons aigus sont ceux qui sont le plus profondément altérés et souvent, ils sont presque entièrement perdus. Il est rare qu'une véritable douleur dans le larynx accompage cette altération de la voix; mais il existe une gêne plus ou moins marquée qui excite à faire des efforts d'expiration, accompagnés d'un bruit râlant, comme pour chasser un corps étranger [1]. Ces efforts ne sont ordinairement suivis d'aucune expectoration; lorsque quelques crachats ont été excrétés, ils n'ont pas de caractère particulier.

« Quant à la pression, à l'inspection, à l'auscultation, il est facile de concevoir qu'elles ne révèlent aucun signe d'une valeur réelle. Les symptômes généraux sont entièrement nuls; la maladie est essentiellement locale. »

Valleix avoue son embarras au moment de tracer le tableau morbide de la *laryngite chronique grave.* « C'est surtout lorsqu'il s'agit de décrire les symptômes de cette espèce de laryngite, que le défaut de faits non douteux se fait sentir. Comment, en effet, trouver dans les auteurs une description de la laryngite chronique simple, lorsqu'ils n'ont pas le soin d'établir une division rigoureuse, fondée sur les signes qui peuvent faire distinguer les unes des autres les laryngites chroniques avec ou sans lésions profondes? » Quoi qu'il en soit, les symptômes de la laryngite simple, tels qu'enrouement, aphonie, existeraient plus marqués que dans la forme légère, mais moins que dans la laryngite ulcéreuse. « Dans près de la moitié des cas cités par Trousseau [2], la voix fut simplement voilée. » Un phénomène plus significatif serait une gêne au niveau de l'appareil vocal. « La douleur du larynx qui manquait dans la laryngite légère, se fait sentir dans celle-ci; elle est ordinairement peu intense, mais fatiguante, en ce sens qu'elle se reproduit toutes les fois que le malade parle, et surtout quand il tousse [3]. » Quelques auteurs ont avancé que la pression sur le larynx était douloureuse, mais

1. Le « hem » de Green dans sa pharyngo-laryngite granuleuse. Rappelons que Chomel et ses élèves avaient déjà fait suffisamment connaître cette affection quelques années avant l'apparition de l'ouvrage de Valleix.

2. Valleix s'est servi manifestement du traité sur la phtisie laryngée de Trousseau et Belloc pour tracer la symptomatologie de la laryngite simple.

3. Ce trouble se voit surtout dans certaines névroses, surtout fonctionnelles, de l'organe, où la phlegmasie est très peu marquée ou même manque tout à fait. Parfois aussi, cette hyperesthésie se remarque chez certains hypocondriaques et surtout chez certains hystériques. Bien entendu, Valleix voit le symptôme, mais ne peut en démêler la pathogénie, étant donné l'état de la médecine à son époque.

s'agissait-il bien d'une laryngite simple ? C'est ce qui serait loin d'être démontré.

« La toux n'a aucun caractère particulier, elle est gutturale comme dans la laryngite légère et est presque toujours provoquée par une sensation de gêne dans l'organe, semblable à celle que produirait un corps étranger de petit volume. Une expectoration de crachats jaunâtres ou grisâtres, opaques, non striés de sang, a été notée le plus souvent. Quelquefois les crachats sont pelotonnés, presque concrets. C'est surtout le matin que ces derniers sont excrétés. »

Quant à la dyspnée, elle a été mal étudiée, dit Valleix, qui se borne à faire allusion à deux cas rapportés par Trousseau et Belloc, et dus peut-être à l'obstruction de la glotte par des mécanismes obscurs.

Les symptômes généraux, quand par hasard ils existent, seraient toujours très peu marqués. Il n'en aurait été aucunement parlé dans les cas publiés jusqu'ici.

La marche semblerait irrégulière, elle varierait suivant les sujets et la durée de l'affection devrait être regardée comme « illimitée ».

Le *pronostic* ne serait pas mauvais, et Valleix s'inscrit en faux contre l'opinion de ceux qui admettent finalement des processus destructeurs étendus. « Parmi les modernes, le prof. Cruveilhier est celui qui s'est prononcé le plus positivement à cet égard. Il dit : « J'ai vu les individus les plus vigoureux et les moins prédisposés succomber victimes de cette maladie... La marche d'un certain nombre de laryngites m'a montré une diminution notable dans les symptômes obtenue à plusieurs reprises par l'effet d'une médication convenable, des rechutes à la suite d'imprudence, de telle sorte que la phtisie laryngée a été évidemment le dernier terme de la laryngite chronique, aggravée par plusieurs recrudescences ». Ces raisons sont-elles suffisantes ? Nous ne le pensons pas. Qu'est-ce qui prouve en effet que les laryngites survenues chez les sujets vigoureux dont parle Cruveilhier n'étaient pas, dès le principe, des laryngites ulcéreuses, et probablement des laryngites syphilitiques? La diminution notable des symptômes à des intervalles variables ne suffit pas; car on sait qu'elle se remarque aussi dans la laryngite chronique ulcéreuse. Jusqu'à ce que les faits aient prononcé, nous devons nous abstenir de tout jugement sur ce point, quoique l'analogie doive nous faire penser que les ulcères du larynx ne sont réellement pas la terminaison d'une inflammation pure et simple [1] ».

1. Monneret acceptera cette opinion dans son Compendium de médecine.

Valleix emprunte à Andral la *description des lésions* de la laryngite chronique simple. Il y aurait rougeur tantôt diffuse, tantôt cantonnée en certains points, du gonflement, du ramollissement parfois notable, et des saillies multiples qui seraient attribuables à des hypertrophies glandulaires.

Le *diagnostic* s'imposerait, pour ainsi dire, s'il n'était possible de confondre la laryngite chronique simple avec la laryngite syphilitique, distinction à laquelle on arriverait surtout par exclusion et en s'appuyant sur les anamnestiques. En cas de doute, l'évolution du mal finirait par lever toutes les hésitations ; mais ceci n'est vrai que pour la forme légère du mal ; pour la laryngite chronique intense, on resterait le plus souvent dans l'obscurité la plus profonde, et le diagnostic serait souvent des plus malaisés avec l'aphonie nerveuse, la laryngite ulcéreuse et les corps étrangers du larynx. Il faudrait se rappeler que la laryngite ulcéreuse non syphilitique ou non cancéreuse serait presque toujours due à la tuberculose pulmonaire. Quand il y a cancer on se baserait d'abord sur les signes de la cachexie cancéreuse, sur la douleur, sur l'expectoration, sur l'inspection quand il est possible par la gorge de voir une tuméfaction ou une destruction partielle de l'épiglotte. Dans l'aphonie nerveuse, point de douleur, point de gêne, point d'expectoration ; début brusque et non progressif. Dans les corps étrangers, en outre des anamnestiques, crises de suffocation très violentes, d'une allure particulière, séparées par exemple par des intervalles de calme profond.

Laryngite striduleuse. — Valleix fait remarquer que cette affection est de connaissance toute récente. Longtemps confondue avec le croup, elle en aurait été distinguée surtout par Bretonneau et par Guersant, bien que Wichmann, Fleisch, Henke, Wendt eussent déjà donné de cette variété de laryngite une esquisse qui renfermait déjà des choses excellentes. Quant à l'angina convulsiva de Boerhaave, elle ne constituerait qu'un symptôme laryngé de névroses telles que l'épilepsie ou l'hystérie. L'asthme aigu de Millar ou asthme thymique constituerait une maladie toute différente. Bien qu'on puisse supposer qu'il ne s'agisse que d'une modification de la laryngite simple aiguë, l'aspect clinique est assez spécial, dit l'auteur, « pour élever l'affection qui le présente au rang d'une espèce particulière ».

Pour la description du mal, Valleix s'en rapporte à Guersant et aussi à Rilliet et Barthez. Aussi n'insisterons-nous pas sur la symptomatologie, la marche, le pronostic. L'écrivain, à propos de

l'étiologie, insiste beaucoup sur la question d'âge. Guersant, Vieusseux, Lobstein, Marsh, Couch et lui-même pensent que la laryngite striduleuse ne s'observe guère à partir de huit ans. Plus tard, elle serait tout à fait exceptionnelle. La statistique personnelle de Valleix montrerait, comme celle de Guersant, comme celles de Jurine et de Boscowitz, que les garçons seraient pris un peu plus souvent que les filles [1]. La santé antérieure, contrairement à ce que disent les auteurs anglais, n'aurait pas beaucoup d'importance [2]. « Dans seize cas que j'ai sous les yeux, la laryngite striduleuse a sévi indifféremment sur des sujets forts ou faibles, au milieu de la plus parfaite santé et dans le cours d'une autre maladie des voies aériennes ; c'est là, toutefois, un point important qu'il n'est pas permis de juger définitivement. »

L'influence saisonnière se ferait nettement sentir et c'est dans l'hiver qu'on rencontrerait le maximum des cas de l'affection. Une seule cause occasionnelle serait d'ailleurs évidente, c'est celle du refroidissement d'après Bretonneau, Guersant, Wichmann, Rilliet et Barthez.

Valleix admet que la laryngite striduleuse est remarquable par la brutalité de son début, bien qu'il y ait eu souvent, pendant quelques heures, de l'enrouement (Bretonneau), du larmoiement, du coryza (Rilliet et Barthez).

La fièvre existerait ; mais elle ne paraîtrait être nullement en rapport avec l'intensité des symptômes. Enfin, il n'y aurait pas de convulsions. Celles qu'ont décrites les auteurs anglais se rapporteraient en réalité à l'éclampsie et non à la laryngite striduleuse. Sa marche serait essentiellement aiguë. Malgré la cessation apparente de tout signe entre les accès, il en resterait néanmoins quelques-uns, si on observe attentivement les petits malades tels qu'enrouement léger, toux, etc. Ceci prouverait bien qu'il s'agit véritablement d'une phlegmasie et non d'un simple accident nerveux, comme le soutenaient beaucoup de nosologistes. Sa durée paraîtrait indéterminée, parfois fort longue, mais on ne serait pas fixé sur ce point, pas plus que sur la terminaison habituelle, puisque Bretonneau et Guersant nient tout cas mortel et que les Anglais citent au contraire un certain nombre de décès.

On distinguerait la laryngite striduleuse du croup : 1° par le début très brusque ; 2° par l'intégrité de la santé entre les accès ;

1. Douze fois contre huit chez les filles, sur un nombre total de 20.
2. Cependant, le mal s'observe souvent chez les descendants de souche nerveuse et survient principalement chez les adénoïdiens.

3° par le simple enrouement et non par la voix étouffée du croup ; 4° par le manque d'engorgement des ganglions cervicaux ; 5° par l'absence de rejet de fausses membranes ; 6° par l'intégrité absolue du pharynx.

Suivant Valleix, il n'y a pas lieu en réalité de penser à l'asthme thymique ou à la bronchite capillaire suffocante, alors récemment décrite par Fauvel. Les corps étrangers du larynx seraient plus difficiles à différencier, mais les accès ne présenteraient pas la même allure ; ils ne surviendraient pas exclusivement la nuit, etc. L'auscultation parfois pourrait être utile (en fournissant le bruit de grelot quand il existe).

Croup. — Après Jurine, Albers, Royer-Collard, Double, Bretonneau, Guersant, Trousseau surtout, il semble qu'il restait peu à faire sur le croup ; mais Valleix avait été quelque temps médecin dans un hôpital d'enfants et il avait pu se faire ainsi une expérience personnelle sur cette terrible affection. D'autre part, très au courant des travaux de ses contemporains, il excelle, ici comme ailleurs, à tracer un exposé très exact et très complet des connaissances scientifiques de l'époque sur le sujet.

Parlant de l'âge où le fléau sévit, il signale la possibilité de l'affection chez les enfants à la mamelle (Bretonneau, Trousseau, Billard) et chez les adultes.

Depuis la célèbre communication de Louis, en 1825, on ne pouvait plus faire du croup une maladie spéciale à l'enfance. Heurteloup, Charcellay en avaient cité d'autres cas et J. Franck avait même rapporté plusieurs faits de transmission de la diphtérite aux vieillards[1]. Quant au maximum de fréquence, la statistique de Vauthier (*Arch. gén. de médecine*, 1848) semblait indiquer deux ans, celle de Rufz (*Gazette méd. de Paris*, 1863) deux à sept ans, celle de Barthez et Rilliet deux à six ans, celle de Millard deux à trois ans.

Le sexe masculin serait plus souvent affecté ; mais l'accord ne serait pas parfait sur ce point. Il y aurait probablement prédisposition chez les tempéraments débilités et lymphatiques[2], mais les sujets robustes contracteraient néanmoins assez souvent le mal. Enfin, sans que la chose fût absolue, Valleix penchait à croire, au moins pour la forme sporadique du croup, que ce dernier sévissait surtout à l'automne ou au printemps. Les épidémies

1. Trousseau a rapporté aussi des faits de contagion à tous les âges de la vie, notamment dans son rapport sur les épidémies de Sologne.

2. Parce que les catarrhes, auxquels sont sujets ces tempéraments, créent, par leurs lésions pharyngées, un locus minoris resistentiæ.

de diphtérite seraient d'autre part assez manifestement favorisées par celles de rougeole et de scarlatine [1].

Comme presque tous les nosologistes postérieurs à la publication du traité de Bretonneau sur la diphtérite, Valleix croit à la contagion, mais sans entrer dans une discussion approfondie sur le plus ou moins de facilité de l'affection à se transmettre, malgré l'intérêt évident du problème.

L'auteur établit le diagnostic : 1° avec les maladies qui ont leur siège dans le pharynx ; 2° avec les maladies qui font porter leur action sur le larynx. A ce dernier point de vue, il insiste assez longuement sur la différenciation d'avec l'œdème de la glotte, peu fréquent du reste dans l'enfance, ce qui ôte beaucoup d'intérêt à la discussion. Il s'appuie : 1° sur les commémoratifs, l'œdème de la glotte succédant surtout, d'après Trousseau et Belloc, à un vieil ulcère laryngé ; 2° sur ce fait que, d'après Bayle, l'affection surviendrait principalement dans la convalescence d'une maladie grave ; 3° sur l'absence de fièvre et d'adénite cervicale ; 4° sur l'aphonie partielle et non totale. Les moyens propres à distinguer le croup de la laryngite striduleuse avaient déjà été énumérés à propos de cette dernière.

Le traitement très développé donne une bonne idée de la thérapeutique passablement incertaine et inefficace de l'époque. Seule la médication topique de Bretonneau et de ses élèves présentait, comme on le sait, quelque utilité. L'intervention chirurgicale a été décrite par l'auteur avec le plus grand soin et tous les développements nécessaires. Suivant Valleix, d'accord en cela avec Bricheteau, la trachéotomie réussirait une fois sur trois en moyenne. Les succès obtenus, dit-il, par Gendron, Senn, Petel, Macheural-Lagenard, Robert-Latour, Morand, Sicatteau, Scontteten, etc., lui font prévoir qu'exécutée à temps et dans des conditions meilleures qu'actuellement, elle sauverait encore bien plus d'existences.

Laryngite ulcéreuse. — Valleix désigne sous ce nom la *phtisie laryngée*, pour mieux caractériser le syndrome encore assez vague à son époque, qui était connu sous cette appellation. Pour lui, la laryngite ulcéreuse serait à la laryngite chronique simple ce qu'est le coryza ulcéreux au coryza ordinaire, c'est-à-dire une affection entièrement distincte des phlegmasies communes, par la pathogénie et l'évolution clinique. « Jusqu'à présent les auteurs ont traité, dans un seul article, de toutes les

1. Pour les mêmes raisons que la strume.

espèces de laryngite chronique[1], qu'ils ont désignées sous le nom générique de phtisie laryngée ; il en résulte que les symptômes propres, les causes, la marche et généralement les points les plus importants de l'affection dont il s'agit ici sont extrêmement obscurs. Nous avons réuni dans ce but (celui d'étudier à part la laryngite ulcéreuse vraie) un assez grand nombre de documents, dont quelques-uns n'avaient pas encore été suffisamment étudiés, et la suite de cet article montrera que, si une bonne classification des maladies du larynx est difficile, elle n'est pas impossible, comme le pensent Trousseau et Belloc. » En dehors de la phtisie pulmonaire, l'affection serait assez rare, et on n'en trouverait qu'une douzaine de cas cités jusqu'ici dans la littérature médicale. La nature des ulcères laryngés doit, dit l'écrivain, varier considérablement suivant les circonstances ; mais une étude commune s'imposerait parce que la science n'est pas encore assez avancée pour fournir constamment une pathogénie exacte.

On a invoqué, reprend Valleix, l'influence pernicieuse du froid, du climat humide, le surmenage vocal, les maux de gorge fréquents, les poussières irritantes. « Il serait inutile de chercher à contrôler ces assertions, car les faits nous manquent. » Les causes spécifiques[2] étaient encore fort incertaines. Ainsi, pour la *vérole*, le facteur plus accessible certainement aux nosologistes de la première moitié du XIXe siècle, il ne faudrait pas s'attendre à trouver des éclaircissements chez les spécialistes. « Ici les avis sont très partagés. Ainsi, d'une part, nous avons J. Franck et quelques autres auteurs qui pensent que la syphilis est une cause fréquente de la laryngite ulcéreuse, et d'autre part, Cullerier, Lagneau qui disent formellement que les ulcères syphilitiques du larynx sont excessivement rares, et Swediaur, Bell, Cirillo, Ricord, qui n'en font pas même mention. Cependant Trousseau et Belloc citent sept observations, sur soixante-deux, dans lesquelles tout portait à croire que l'affection était de nature syphilitique. Dans les observations que nous avons rassemblées, il en est cinq qui sont évidemment de même nature. Nous citerons, entre autres, celle de Zacutus Lusitanus et celle de

1. Voir les articles consacrés à Trousseau, Barth, Monneret, Louis et Cruveilhier. La confusion dont se plaint Valleix venait des conceptions erronées de Broussais sur les inflammations chroniques ; pour Valleix, au contraire, l'idée directrice est que l'ulcère n'est pas le résultat d'un processus phlegmasique vulgaire.

2. Redisons-le, sans rejeter les causes banales, Valleix penche visiblement pour une origine spécifique des ulcères laryngiens ; mais il est arrêté par le manque de documents.

Charles Lépine (Dissertation sur la phtisie layngée. Thèse, Paris, 1816). Ainsi l'opinion de Cullerier et des autres syphiligraphes ne saurait être admise. »

Parlant de l'évolution, Valleix pense qu'il y a des formes galopantes et des formes très lentes ; c'est pourquoi il leur consacre un paragraphe à part. La *laryngite ulcéreuse aiguë* aurait été signalée surtout par les médecins anglais, tels que Hawkins (*London med. and phys. Journal*, avril-mai 1823), Travers-Blackley (*Dublin journal*, juillet 1838), Mac-Adam (*London med. et surgical Review*, octobre 1835 et avril 1841), Henderson et les médecins français : Cruveilhier (*Dict. en 15 vol.*, article : Laryngites), Legroux, Costallat, Patissier, etc. ; le mérite de Valleix est d'avoir synthétisé ces documents épars, sans être parvenu du reste à créer une entité morbide réellement viable. A tous ces cas il faut, dit-il, ajouter encore deux cas de Boudet. Quelques-uns de ces faits porteraient dans la littérature médicale une autre désignation, celle d'œdème de la glotte, qui aurait terminé la scène morbide. Comme le *laryngo-typhus actuel, que ces cas rassemblés par Valleix rappellent étrangement*, le mal débuterait toujours dans la convalescence d'une maladie générale grave, telle que pneumonie ou fièvre typhoïde. Aux phénomènes habituels d'une laryngite s'ajouterait une aggravation de l'état général avec fièvre très marquée. « Au bout d'un à cinq jours, le tableau morbide s'accentue, la voix s'éteint, la toux s'exaspère, la respiration devient gênée, anxieuse, parfois même sifflante et stridente, l'expectoration prend un caractère muco-purulent, la douleur laryngée, d'abord très légère au début de l'affection, s'exagère principalement dans la déglutition qui devient malaisée, de telle sorte qu'il y a souvent rejet de la nourriture par le nez. La pression sur l'organe vocal réveille une souffrance très nette. » La maladie finirait presque constamment par de l'œdème de la glotte.

La laryngite ulcéreuse syphilitique aurait parfois une marche également très aiguë[1]. Hawkins a décrit, dit Valleix, un processus destructeur dans cette maladie qui, débutant par les amygdales, gagnerait le larynx et déterminerait une issue rapidement funeste. L'ulcération serait très profonde et s'accompagnerait d'une escarre noirâtre.

La *laryngite ulcéreuse chronique* ayant été très remarquablement décrite pour l'époque par Trousseau et Belloc, il ne restait plus qu'à glaner. Cependant Valleix, tout en s'inspirant manifeste-

1. Quand surtout des lésions restées latentes se compliquent subitement d'un œdème qui peut être en effet rapidement mortel.

ment de ces deux auteurs qu'il cite fort souvent, diffère avec eux sur certains points. Ainsi, suivant lui, la douleur serait constante, tandis que ses deux modèles ne l'admettent que dans la moitié des cas, à un degré vraiment appréciable. « Si en effet j'examine de nombreuses observations empruntées à MM. Adam, Jackson, Robert, Bedingfield, Lépine, etc., nous trouvons que la douleur a toujours existé à un degré plus ou moins considérable dans cette espèce de laryngite. » L'exploration avec le spéculum laryngé imparfait de l'époque, précédant celui de Garcia, n'aurait rien donné de satisfaisant et il en était de même de l'inspection avec le doigt, de telle sorte que l'examen physique faisait, du temps de Valleix, complètement défaut. Pour le pronostic, il faudrait, dit l'auteur, tenir compte de l'étiologie quand cette recherche est possible. Lorsqu'il y a phtisie pulmonaire concomitante, une issue funeste serait, pour ainsi dire, fatale. Si la syphilis est en cause, on pourrait au contraire espérer à priori une guérison. « Néanmoins on ne peut se dissimuler qu'il reste encore beaucoup à faire à l'observation à cet égard, car nous possédons peu de faits authentiques qui prouvent la terminaison favorable de cette maladie[1]. » Valleix insiste peu sur le diagnostic de l'affection qui lui paraît suffisamment caractérisée au point de vue clinique. C'est à peine s'il parle du cancer, affection à peu près ignorée à son époque, dont Trousseau et Belloc avaient pourtant fourni, dans leur célèbre ouvrage, un cas fort intéressant. Il déclare que la nature des ulcérations laryngées chroniques est le plus souvent impossible à déterminer. Ainsi, pour la syphilis, voici quels seraient les signes indiqués par Barth : S'il y avait absence de tout phénomène morbide du côté de la poitrine, surtout si le malade portait les traces d'une infection vénérienne constitutionnelle, il faudrait regarder les ulcères comme de nature syphilitique. » A ce sujet, Valleix insiste sur la nécessité d'explorer non seulement la peau, mais encore la cavité pharyngée tout entière. Quant aux phtisies laryngées non syphilitiques et non tuberculeuses, l'auteur déclare leur existence possible, étant donné les faits cliniques allégués; mais, dit-il, pour les admettre définitivement, il faut encore de nouvelles recherches. Quant au siège, la dysphagie

1. A cause des œdèmes subits et souvent rapidement mortels, des sténoses sans cesse progressives malgré des dilatations répétées, des dangers de l'iodisme. L'iode lutte pourtant très efficacement contre le tertiarisme ; mais on sait qu'ici, si l'on ne veut pas risquer de rendre la dyspnée menaçante ou faciliter des sténoses ultérieures, il convient de s'en tenir au mercure, qui ne présente pas les mêmes dangers immédiats et paraît favoriser moins le développement des sténoses cicatricielles.

intense, les vomissements doivent faire penser à l'épiglotte (Barth), la raucité et surtout l'extinction de la voix, aux cordes vocales. Valleix discute ensuite le pouvoir phtisiogène de la laryngite ulcéreuse chronique affirmé par certains nosologistes de l'époque. Il conclut par la négative.

Œdème de la glotte. — Rappelons que Valleix avait déjà traité la question, avec tous les détails qu'elle comporte, dans un mémoire communiqué à l'Académie de médecine, en 1845. Il utilise pour décrire la maladie, en outre de ses recherches personnelles, les travaux de Bayle, de Trousseau et Belloc, de Legroux, de Bricheteau, de Fleury (Des causes, de la nature et du traitement de l'angine laryngée œdémateuse. *Journal de médecine*, janvier 1844). Valleix admet, comme la plupart, que le mal est presque toujours d'origine inflammatoire. Cependant, dit-il, Blache, Guersant, Trousseau et Belloc ont noté des cas où l'œdème laryngé a coïncidé avec un anasarque généralisé. Bouillaud, que l'écrivain cite aussi, aurait vu également des faits semblables; mais le vague des descriptions ne permettrait pas d'arriver à des conclusions fermes. Bien que l'œdème de la glotte y soit très rare, on ne pouvait plus dire, depuis Rilliet et Barthez, que l'enfance en soit exempte. Cependant, dans la statistique personnelle de Valleix comprenant 36 cas, 2 seulement étaient survenus au-dessous de dix ans.

Voici quelles sont les conclusions pathogéniques du mémoire de Valleix : 1° le plus souvent, l'œdème de la glotte est dû à une angine[1] survenue dans le cours ou dans la convalescence d'une affection soit aiguë, soit chronique, mais bien plus souvent aiguë; 2° plus rarement, il est la terminaison d'une laryngite chronique, presque toujours ulcéreuse[2], soit que cette laryngite ait apparu dans le cours d'une phtisie pulmonaire, soit, ce qui est bien plus rare, qu'elle se soit développée primitivement; 3° dans un nombre limité de cas, une angine laryngée survenue dans le cours de la santé peut donner lieu à l'œdème de la glotte[3]; 4° il est au moins douteux qu'il existe un œdème de la glotte passif (hydropique). En effet, d'une longue discussion des faits, il résulterait que les exceptions alléguées par Blache entre autres ou seraient fautives ou manqueraient des détails nécessaires. L'au-

1. Avec le sens étendu du mot, comprenant à la fois et les pharyngites et les laryngites. C'est aussi l'avis de Sestier (voir l'article consacré à cet auteur).

2. Cruveilhier avait bien fait ressortir l'influence de la périchondrite.

3. Quand il y a laryngite phlegmoneuse.

teur n'insiste pas, en somme, sur l'influence de « l'angine tonsillaire, dont Lindet, de Rouen, devait, un peu plus tard, montrer nettement l'action ; mais il signale, d'après Charcellay, l'ingestion de substances caustiques comme facteur pathogénique possible bien qu'exceptionnel. Le début varierait suivant la cause ; quand il y a des lésions pathogéniques profondes et étendues, le stade initial ne serait pas naturellement ce qu'il est dans les cas de nature plus aiguë. Au point de vue de la marche, il admet, comme la majorité des auteurs de l'époque, une forme rapide et une forme relativement lente. L'étude des symptômes est faite par Valleix avec le plus grand soin, d'après surtout le mémoire bien connu de Bouillaud, et l'excellent article que Blache avait consacré à l'affection dans le *Dictionnaire de médecine pratique*. Ici encore, il insiste un peu plus que de raison sur la douleur laryngée à la pression qu'il déclare cependant très variable. La voix serait rauque, éteinte, pénible. Il rejette le cri chevrottant observé chez les nouveau-nés par Billard, ce symptôme se trouvant, dit-il, d'après ses propres recherches, dans d'autres affections que l'œdème de la glotte. Il n'oublie pas l'orthopnée, observée par Bouillaud dans quelques cas exceptionnels. La toux ne présenterait pas de caractères spéciaux ; quant à l'expectoration, elle varierait suivant la nature des causes qui ont déterminé l'œdème de la glotte. Parfois le doigt permettrait en arrivant jusqu'à l'orifice supérieur du larynx de constater la tuméfaction des parties (Thuillier, Legroux, Bricheteau). Pendant l'accès, il y aurait parfois agitation extrême (Bricheteau) ou même crise de désespoir (A. Lefèvre).

Le diagnostic différentiel est très étudié, mais sans détails réellement nouveaux. Comme Cruveilhier, mais avec moins de précision, il étudie la confusion possible avec l'anévrisme de la crosse de l'aorte et cite, à ce propos, un cas de Bayle recueilli par Cayol. Parfois du reste, œdème de la glotte et anévrisme aortique pourraient coïncider, comme dans l'observation publiée par Dauvergne (de Toulon) dans la *Gazette médicale de Paris*, le 15 juillet 1852. Valleix affirme, dans son mémoire, qu'une infiltration purulente de la paroi postérieure du pharynx peut simuler à s'y méprendre l'œdème de la glotte (Ballot, Priou, Carmichael, etc.).

Polypes du larynx. — Valleix cite tous les cas connus de son temps, c'est-à-dire ceux de Desault (*Œuvres chirurgicales*, trois cas, t. II, p. 254), de Lieutaud (*Historia medica*, etc., etc., t. II, lib. IV, obs. 63 et 64, page 297, édition de Paris, 1767), de Trous-

seau et Belloc (*Phtisie laryngée*), de Senne, de Romain, Gérardin, d'Ehrmann (*Histoire des polypes du larynx*, Strasbourg, 1850, comprenant 36 cas), de Rokitanski (*Union médicale*, 25 novembre 1851, onze cas nouveaux). Il déclare, bien entendu, que l'on ignore les causes de l'affection, qui se verrait surtout chez l'adulte. L'expectoration n'offrirait rien de spécial. Pas de douleur laryngée spontanée ou à la pression, souvent sensation de corps étranger et surtout des accès de suffocation parfois fort graves, sur lesquels Desault a beaucoup insisté, dit Valleix, et qui seraient assez caractéristiques. Il n'y aurait qu'un signe certain, dit Ehrmann, l'expulsion de fragments de polype observé dans un certain nombre de cas. On pourrait alors, comme l'a fait cet auteur, pratiquer l'extirpation après laryngo-trachéotomie préalable.

Cancer du larynx. — Tout à fait exceptionnel, d'après le peu d'exemples qu'on en posséderait dans la science [1], il se caractériserait surtout par de l'enrouement, de l'aphonie, de l'amaigrissement, une teinte jaune terreux et, vers les derniers temps, par une expectoration sanglante, assez caractéristique. La marche fut lente dans le cas de Trousseau et Belloc et le mal resta longtemps larvé. Aussi le diagnostic paraît difficile à l'auteur, pendant les premiers temps de la maladie. Quant aux lésions, il rapporte longuement les investigations nécropsiques chez le sujet dont Louis a rapporté le cas.

Aphonie. — Valleix ne parle pas de l'aphonie de cause grossière (lésions locales). Il exclut dans sa description les lésions organiques, et les troubles mentaux de l'étiologie de l'affection. En dehors de l'hystérie et des aphonies sympathiques (réflexes), dues à des affections utérines diverses, parfois à l'accouchement, l'auteur n'a en vue que la *paralysie récurrentielle totale*, dont Galien avait prouvé, il y a bien des siècles, la possibilité expérimentale. L'intoxication saturnine devrait être incriminée chez quelques malades (Tanquerel des Planches, Baglivi, de Haen, Bonté, Desbois). Les auteurs, avoue Valleix, ont été très sobres de renseignements sur la symptomatologie. D'après lui, le début serait tantôt brusque [2], tantôt graduel. Les malades ne peuvent parler, dit-il, qu'à voix basse; encore leur faut-il de grands efforts pour se faire comprendre.

1. Valleix ne connaissait que le cas de Louis et celui de Trousseau et Belloc.
2. Hystérie.

S'il y avait douleur et dyspnée, il faudrait incriminer une laryngite antérieure, ayant engendré l'aphonie. La marche serait capricieuse comme celle des névroses. C'est ainsi qu'elle pourrait cesser tout à coup après une longue durée [1]. Valleix parle, d'après quelques auteurs, d'aphonies intermittentes et d'aphonies périodiques, mais sans y ajouter beaucoup de confiance. Puis, il s'efforce longuement d'établir le diagnostic avec les laryngites où la voix est perdue avec le mutisme vésanique, puis de reconnaître la cause ; rappelons à ce propos qu'il insiste sur l'exploration du trajet du récurrent, où pourrait, dit-il, exister une tumeur comprimant le nerf.

1. L'hystérie ou les aphonies réflexes.

B. — Chirurgiens

I. — BOYER



Comme il fallait s'y attendre, étant donné l'époque où il écrivait et sa tournure d'esprit, Boyer s'est montré peu original dans ce qu'il a dit sur les affections chirurgicales du larynx ; mais, bon clinicien, excellent observateur, parfaitement au courant des travaux de ses prédécesseurs, il donne en somme une idée très complète des connaissances du moment.

L'auteur déclare très rare l'*angine laryngée primitive ou succédant à l'esquinancie.* Il serait impossible pratiquement de la différencier de l'angine trachéale [1]. « Il en existerait peu d'exemples bien observés et décrits avec exactitude. » Il est facile de voir que Boyer a surtout en vue, dans son étude, la forme la plus grave de l'affection. Il insiste beaucoup sur les souffrances [2] localisées au niveau de l'organe. « Dans les phlegmasies du larynx, une sorte de constriction et une douleur plus ou moins vive se font sentir dans cette partie. La douleur augmente par l'inspiration, par l'action de parler, par la pression extérieure et par la déglutition qui néanmoins n'est pas interrompue. La voix est très aiguë, sifflante et tremblante. Le malade est tourmenté par une toux sèche, continuelle, suffocante. La respiration petite, fréquente et très laborieuse est accompagnée d'une espèce de sifflement. » Le mal se terminerait assez rapidement (un septénaire) par

1. Décrite par Boerhaave, par Sauvage, par Vicq d'Azyr, etc.
2. Les auteurs se sont partagés, à cette époque, sur l'importance et la fréquence de ce symptôme, quand il est bien accusé. Quelques-uns en font un assez grand cas, tels que Valleix. La plupart reconnaissent qu'il est en somme exceptionnel, au moins quand il est spontané.

résolution ou tuerait par asphyxie, en bouchant le passage à travers la glotte. A l'ouverture du corps des personnes mortes suffoquées par une angine laryngée, on trouverait « la membrane muqueuse du larynx et de l'épiglotte rouge, épaissie et quelquefois recouverte d'une couche membraniforme mince, blanche, facile à découper et à détacher, l'ouverture de la glotte plus ou moins rétrécie par le gonflement des parties qui la forment ; les ventricules du larynx remplis d'un liquide épais, noirâtre, semblable à du sang décomposé ; des escarres partielles blanchâtres ; une flaccidité gangreneuse et une couleur livide de toute la membrane muqueuse de ces conduits (larynx et trachée) ». Avec une pareille conception du mal, il n'est pas étonnant de voir Boyer déclarer que « le pronostic de l'angine laryngée est en généralement très grave » . Parfois elle aboutirait à la destruction du larynx, c'est-à-dire la phtisie laryngée, mais bien plus souvent cette dernière succéderait au simple catarrhe de l'appareil vocal.

A ce propos, l'auteur trace une description sommaire des *laryngites destructives chroniques* du larynx, d'après les idées de l'époque. Il insiste surtout sur les troubles de la phonation, sur la toux sèche, puis muqueuse, sur la douleur spontanée ou à la pression au niveau du larynx, sur la fétidité présumée *a priori* de l'haleine, étant donnée la nécrose des cartilages, sur la déglutition difficile, douloureuse, parfois impossible surtout pour les liquides. A une période plus avancée, en outre de l'aphonie, on noterait le mauvais état général de toute phtisie, c'est-à-dire un grand amaigrissement avec sueurs colliquatives, diarrhée, épuisement des forces, etc. « La phtisie laryngée complique souvent la phtisie pulmonaire ; mais alors, tantôt elle précède cette dernière [1] et tantôt elle l'accompagne. Dans le premier cas, la durée de la maladie est en général plus longue que dans le dernier. » Boyer est assez sceptique sur les moyens de différencier les deux affections concomitantes. « Au reste, le plus ordinairement, on ne reconnaît cette complication de la phtisie laryngée avec la phtisie pulmonaire que par l'ouverture des corps. »

On trouve dans l'ouvrage de Boyer une description assez longue du *croup*. Elle est faite tout entière d'après les idées de Home [2] et ses successeurs, c'est-à-dire que l'auteur admet que le mal arrive d'emblée dans le larynx, qu'il est dû au refroidissement

1. Portal.

2. Cet article a été écrit évidemment avant la publication des recherches de Bretonneau et de Guersant. S'il a été maintenu dans la 3e édition, c'est que la querelle entre dualistes et unicistes n'était pas encore décidée.

et à l'humidité, qu'il se montre exclusivement chez l'enfant, qu'il n'est pas contagieux. Parfois épidémique, le mal serait le plus souvent sporadique, quelquefois endémique. Comme ses contemporains, Boyer a les idées les plus fausses sur le caractère habituel de la toux [1], « qu'on a nommée croupale et qu'on a comparée au cri du coq, à l'aboiement du chien, à un sifflement, au son d'un instrument à vent. »

L'auteur admet qu'on peut à la rigueur recourir à la *bronchotomie*, quand le traitement antiphlogistique et les révulsifs ont échoué. « Cette opération, qui jusqu'ici n'a point été pratiquée avec succès dans le croup, a été d'abord indiquée par Home, ensuite attaquée et défendue par ceux qui ont écrit après lui. M. Caron, dans ces derniers temps, l'a singulièrement préconisée; c'est, selon lui, le remède unique, puissant, infaillible, lorsqu'on l'emploie de bonne heure. Si des éloges exagérés ne suffisent pas pour l'autoriser toujours, quelques mauvais succès ne doivent pas la faire proscrire entièrement. La bronchontomie a été conseillée dans un double but : celui d'ouvrir une route artificielle à l'air et celui d'extraire la fausse membrane formée dans les voies aériennes. » Si cette dernière s'arrête au larynx, l'opération réussira. Elle échouera, au contraire, si elle s'étend du côté de la trachée et des poumons. Mais, comme il est difficile d'en savoir quelque chose à l'avance, on se résignera à l'intervention tenant compte du conseil de Celse : « Melius anceps remedium quam nullum ».

Rien à dire de bien spécial du paragraphe consacré par Boyer à l'*œdème de la glotte*. Il est tiré tout entier du célèbre mémoire de Bayle, au début du XIXe siècle; mais du moins, l'auteur a eu le mérite d'insister sur l'opportunité et même la nécessité de la trachéotomie en pareille occurrence.

Il n'est parlé ici que des *corps étrangers* de la trachée et des bronches, ceux du larynx étant passés sous silence.

Boyer s'est longuement occupé de l'ouverture de la trachée qu'il appelle *bronchotomie* [2] suivant l'usage de l'époque. Il cite, bien entendu, le célèbre opuscule de Habicot sur la question, puis Deharting, professeur à Rostock, qui publia, en 1714, une dissertation sur le sujet, surtout en cas d'asphyxie par submersion. Dans les cas d'angine laryngée grave, la nécessité d'intervenir par la création d'un passage artificiel à l'air aurait été reconnue

1. Voir sur ce sujet le paragraphe consacré à Royer-Collard.
2. Cette opération était certainement en voie d'adoption; on commençait à en parler beaucoup. On citait fréquemment les quelques tentatives qui avaient été faites; mais elle n'entrera dans la pratique que grâce à Trousseau.

déjà par Hippocrate, qui avait préconisé, comme le fit plus tard Desault, une sorte de tubage, pratique que Boyer rejette entièrement. L'écrivain est d'avis que cette opération est en somme justifiée. « Aujourd'hui, on est tellement convaincu de son indispensable nécessité, de la facilité de son exécution et de son innocuité, qu'on regarderait comme très blâmable la conduite d'un chirurgien qui ne ferait pas la bronchotomie dans le cas d'angine avec danger imminent de suffocation ou dans celui où un corps étranger serait tombé dans la trachée-artère ». Il rappelle à ce sujet les recherches de Vicq d'Azyr sur les chiens, communiquées en 1776 à la Société royale de médecine. En 1779, Fourcroy a fait, dit-il, de la laryngotomie le sujet de sa thèse de doctorat. D'une étude attentive de l'anatomie des couches de tissu à sectionner, Boyer déclare que cette dernière est supérieure à la trachéotomie. Pour pénétrer dans le larynx, on fendra le cartilage thyroïde longitudinalement ou bien on divisera transversalement le ligament crico-thyroïdien. L'intervention serait des plus simples. « En effet, la partie moyenne du cartilage thyroïde et la membrane qui va du bord inférieur de ce cartilage au bord supérieur du cartilage cricoïde n'étant couvertes que par la peau, un peu de tissu cellulaire qui ne contient presque point de graisse et les muscles sterno-hyoïdiens, il est facile de les découvrir entre ces deux muscles par une incision superficielle. Dans le trajet de cette incision, il n'y a aucun vaisseau dont la lésion puisse donner lieu à une hémorragie; seulement on trouve sur la membrane crico-thyroïdienne une artériole dont la direction est transversale et qu'on couperait inévitablement si l'on incisait cette membrane de haut en bas mais que l'on évite en donnant à l'incision une direction transversale. » Boyer faisait en réalité une laryngo-trachéotomie; car il sectionnait en même temps que le cricoïde les trois premiers anneaux de la trachée. Il indique longuement sa façon de procéder sur le cadavre, qui n'avait en somme rien de bien spécial.

II. — CHASSAIGNAC



Chassaignac a communiqué, en 1844, à la Société de chirurgie, une observation de plaie du larynx, chez un homme de cinquante-deux ans, qui, dans une tentative de suicide, s'était largement entaillé la partie antérieure du cou, en suivant très exactement le bord supérieur de l'os hyoïde, divisant la base de la langue « et détachant l'épiglotte qui reste appliquée en manière de feuille d'acanthe sur la face dorsale de la langue, où on peut la reconnaître en introduisant le doigt à travers la plaie et en le recourbant en haut à la façon d'un crochet. Il résulte de cette ablation de l'épiglotte que l'orifice supérieur du larynx se trouve complètement découvert et très facile à observer ».

Dans les premiers jours qui suivirent ce traumatisme, *on pouvait promener le doigt sur cet orifice supérieur sans provoquer la moindre nausée* [1], de telle sorte qu'on soupçonna un moment que les deux nerfs laryngés supérieurs avaient été intéressés. Mais ce trouble anormal de la sensibilité n'était pas le seul phénomène intéressant qu'on pouvait observer, il y en avait un autre qui semblait indiquer un *mode spécial de fermeture du larynx* ayant échappé jusqu'ici complètement à l'attention des physiologistes et sur lequel Chassagnac croit devoir insister.

« Le larynx, à son orifice supérieur et immédiatement au-dessous de l'épiglotte, ne se ferme pas par aplatissement transversal, mais par un mouvement d'arrière en avant de l'espèce de valve bi-aryténoïdienne qui vient s'abaisser jusqu'au contact avec la concavité du cartilage thyroïde [2].

« Il y a donc comme moyen de fermeture de l'orifice supérieur

1. Sidération nerveuse.

2. La lésion, en supprimant les antagonistes, devait faire en effet basculer les cartilages aryténoïdes, lors de la fermeture de la glotte par tiraillement en avant.

du larynx : 1° l'abaissement de l'épiglotte ; 2° l'abaissement de ce qu'on peut appeler l'épiglotte aryténoïdienne ; 3° le resserrement jusqu'à occlusion des lèvres de la glotte.

« On croit généralement qu'en dehors de certaines conditions particulières, telles que l'effort, ou bien le passage des liquides et des solides dans le pharynx, l'ouverture laryngée supérieure est béante d'une manière non interrompue ; il n'en est rien, car on peut remarquer chez le sujet de cette observation qu'il y a des repos fréquemment répétés dans l'acte respiratoire... »

A la même société, il fit connaître un cas fort intéressant et alors très rare de *sténose laryngée* consécutive à un laryngo-typhus, *qui fut combattue au moyen de bougies élastiques* ; de plus, le cartilage thyroïde ayant été en partie détruit, la peau du cou faisait à l'intérieur du larynx une sorte de valvule. L'habile chirurgien fendit celle-ci et introduisit dans l'organe une canule trachéale assez analogue à celle qu'avait préconisée Richet et qui permit à la respiration de s'établir avec une facilité relative ; mais, comme le port continu de cet instrument avait déjà amené des accidents, on se demandait s'il serait toléré longtemps par le malade. Du reste, voici l'analyse de la communication telle qu'elle est rapportée dans le *Bulletin de la Société de chirurgie*.

Il s'agissait d'un jeune homme de 21 ans qui, pendant la convalescence d'une fièvre typhoïde, fut atteint de laryngite sous-muqueuse[1] et subit consécutivement la trachéotomie pour qu'on pût le débarrasser de phénomènes asphyxiques très menaçants. « Depuis cette époque, qui remonte déjà à dix-huit mois, le malade a été dans la nécessité de garder sans cesse la canule, chaque tentative pour s'en passer amenant des symptômes de suffocation immédiate. »

Chassaignac ayant eu l'intention de recourir à une canule semblable à celle que Richet avait montrée sur un de ses malades et qui présente un tube ascendant ou laryngien et un tube descendant, dut recourir à une dilatation préalable du larynx rétréci. Il y procéda *par l'emploi de tubes élastiques en caoutchouc vulcanisé. Ces tubes étaient mis en place au moyen de la canule d'un trocart courbe qui, pénétrant par la fistule, était poussée de bas en haut à l'intérieur de la bouche* et permettait de passer les tubes élastiques, qui pendaient en manière d'anses au dehors de la bouche.

1. Classification de Cruveilhier. En réalité, il s'agissait d'une périchondrite avec nécrose des cartilages, comme on en observe souvent dans le laryngo-typhus.

« En pratiquant l'introduction de ces tubes, on s'aperçut que la partie antérieure du cartilage thyroïde présentait une perte de substance assez considérable, et que la peau, cessant d'être soutenue dans ce point, se trouvait refoulée du côté de la cavité laryngienne pendant les efforts d'inspiration, qui n'étaient jamais plus énergiques qu'au moment où on essayait d'enlever la canule. Il y avait donc un double obstacle au passage de l'air à travers le larynx, puisque, d'une part, il y avait diminution du diamètre de cette cavité, et que, de l'autre, une valve cutanée mobile s'abaissait sur elle quand le malade était privé de sa canule.

« Le rétrécissement du larynx fut combattu par la dilatation au moyen des tubes élastiques, et la valvule cutanée fut fendue sur la ligne médiane dans toute sa hauteur.

« Le traitement de la dilatation a duré trois mois. »

III. — DESAULT



Desault, le clinicien sagace et l'opérateur habile, dont l'autorité prédomine sur la chirurgie française vers la fin du XVIIIe siècle et au commencement du XIXe, s'est occupé à plusieurs reprises des affections des voies respiratoires. Il a fait connaître plusieurs cas[1] d'une affection fort rare jusqu'alors. Bichat, l'éditeur des œuvres chirurgicales de son maître, mentionne de la façon suivante ces faits curieux : « *Les polypes du larynx*, espèce d'excroissance assez rare, dont on cite cependant un exemple, ont été observés, deux fois par Desault, l'un sur un cadavre apporté à son amphithéâtre, l'autre sur un malade qui périt de suffocation, après en avoir été fréquemment menacé. Un troisième cas lui a été communiqué par un chirurgien de sa connaissance.

« Dans les trois, la tumeur était de figure piriforme, ayant son pédicule inséré dans l'un des ventricules. Sentiment de gêne dans la partie ; respiration libre en certains moments, gênée dans d'autres, quelquefois imminent danger de suffocation né subitement dans une expiration, bientôt dissipé dans une inspiration. Poussées avec trop de force entre les bords de la glotte, ces tumeurs s'y arrêtent, font périr le malade de suffocation, comme dans le cas observé par Desault, si l'inspiration ou un effort du malade ne les dégagent promptement. »

Cet auteur a eu surtout le mérite de se faire, après Habicot et Louis, un des plus ardents défenseurs, en France, *de la trachéotomie*, qui suscita longtemps des peurs irréfléchies. Il distinguait (*Œuvres chirurgicales*, t. II, p. 212) deux indications principales à cette opération :

1. Le premier est dû, comme on le sait, à Lieutaud. Son malade ayant présenté pendant sa vie de la cachexie, on le déclara atteint de phtisie laryngée et, depuis cet auteur, le polype laryngé fut longtemps regardé comme une des causes de cette affection.

1° le rétablissement du passage de l'air ;

2° l'extraction des corps étrangers des voies aériennes.

Dans la première classe, il admettait la submersion, cette sorte de traitement des noyés ayant été mis à la mode par les tentatives faites surtout en Angleterre. Il faisait aussi entrer en ligne de compte les sténoses qu'amène l'aplatissement du larynx ou de la trachée par une tumeur siégeant en avant ou sur les côtés du cou, parfois entre l'œsophage et les voies respiratoires, les rétrécissements organiques de ces dernières, les traumatismes, les inflammations effaçant la lumière de ces mêmes voies, notamment la carie des cartilages. Comme Louis [1], il insiste sur la nécessité d'opérer d'une façon précoce, si l'on veut s'assurer quelques chances de succès.

Mais c'est surtout pour extraire des *corps étrangers* que Desault tentait l'opération.

Dans les *Mémoires de l'Académie de chirurgie*, tome IX, il a fort bien précisé quelle était la conduite à tenir en pareille occurrence.

« Dans les cas, dit-il, où le corps étranger a pénétré dans le canal respiratoire par la glotte, on ne peut en faire l'extraction qu'en incisant ce conduit dans une étendue et dans un lieu convenables et subordonnés à la situation du corps étranger. Cette indication est positive et pressante ; l'opération par laquelle on la remplit est très simple et n'a rien de dangereux par elle-même. Mais le succès dépend de l'époque à laquelle on la pratique. Lorsqu'on y a eu recours de bonne heure, elle a constamment réussi ; lorsqu'on s'y est déterminé trop tard, elle n'a pas toujours empêché le malade de périr.

« La sortie de ce corps par les voies naturelles est un événement rare et sur lequel on ne doit pas compter. Tous les moyens qu'on a proposés dans ce but n'ont pas réussi et on en concevra aisément l'insuffisance, si l'on réfléchit qu'un corps étranger, engagé dans la trachée-artère, ne pourrait sortir par la glotte qu'autant qu'il serait repoussé par l'action de l'air intérieur par un mouvement d'expiration, de façon à écarter les bords de cette ouverture ; il faudrait aussi qu'il s'y présentât précisément dans la disposition la plus favorable à sa sortie, ce qu'on ne peut espérer des mouvements qu'excitent l'éternuement et le vomissement.

« Parmi les objections qu'on a faites contre cette opération, celle qui pourrait peut-être encore arrêter les praticiens timides,

1. Le secrétaire de l'ancienne Académie de chirurgie, au XVIIIe siècle.

est la crainte que le corps étranger engagé dans la trachée n'ait été porté par sa pesanteur vers le bout de ce conduit, et qu'après avoir pratiqué les incisions convenables, on ne puisse en faire l'extraction. Mais l'expérience a démontré le peu de fondement de cette objection ; en effet, dans presque tous les cas où l'opération de la bronchotomie a été pratiquée pour un corps étranger engagé dans la trachée, ce corps a été expulsé pendant l'expiration, par la plaie faite à ce conduit ; mais il faut faire la plaie assez grande pour lui livrer passage.

« Ainsi, la crainte de ne pouvoir rencontrer et enlever un corps étranger engagé dans ce conduit ne sera plus un prétexte pour se dispenser de pratiquer l'opération de la bronchotomie, et, aujourd'hui, rien ne saurait excuser le chirurgien qui, par pusillanimité, abandonnerait aux ressources plus qu'incertaines de la nature un malade qu'une opération, exempte de tout danger et même de tout inconvénient, peut sûrement rendre à la vie et à la santé. »

A l'appui de cette nécessité de ne pas hésiter à intervenir quand la présence d'un corps étranger est dûment constatée, on trouve cité dans ses *Œuvres chrurgicales* (t. II, p. 212, Paris, 1798) une observation demeurée célèbre.

« Un jeune provençal déjeunait avec des cerises. Pendant le repas, une dispute s'éleva entre lui et un de ses amis. Il s'échauffe, parle haut, en continuant à manger. Tout à coup, il sent un noyau s'engager dans la glotte, il éprouve une toux convulsive, une difficulté de respirer, une douleur vive au gosier, il ne peut parler, les jugulaires se gonflent, etc.

« Quelques heures après, les accidents se calment, puis ils reviennent à différentes reprises, mais avec moins d'intensité. A la longue, le malade s'habitue au contact du corps étranger, qui n'est habituellement indiqué que par un sentiment de gêne, correspondant au côté gauche du larynx et exactement au niveau du ventricule de ce côté. Dans certains moments, sorti de l'endroit où il est logé, ce corps vient se porter à la glotte, où la toux, la difficulté de respirer, la gêne, la douleur annoncent sa présence.

« Mais bientôt les accidents se dissipent, restent plus ou moins longtemps sans reparaître, reviennent et cessent de nouveau.

« Le malade vient en cet état me consulter à Paris. Je conseille l'opération ; les autres consultants la rejettent sur les raisons du danger de l'hémorragie, de la difficulté de découper le cartilage thyroïde, de la possibilité d'une fistule aérienne après l'opé-

ration : craintes illusoires, comme je le dirai, et qui, en supposant qu'elles eussent quelques fondements, devaient céder à la crainte plus réelle des accidents, inévitable suite du séjour longtemps continué du corps étranger dans la trachée-artère. En effet, ce malade est *mort deux ans après d'une phtisie laryngée* [1], et l'ouverture de son cadavre a démontré, dans le noyau de cerise, la cause qui l'avait déterminée.

« Concluons de cette observation, que, quoiqu'un corps étranger engagé dans les ventricules *n'y cause souvent des accidents* que *par intervalle* [2], il faut, si nous sommes sûrs de son existence dans les voies aériennes, si la douleur, la gêne, constamment correspondantes à un des ventricules nous l'y indiquent, il faut, dis-je, ouvrir le larynx le plus promptement possible, en fendant le cartilage thyroïde [3], pour en aller faire l'extraction. »

Dans ce mémoire, Desault s'est demandé s'il n'était pas possible, quand la sténose des voies aériennes est passagère, par exemple inflammatoire, de *passer simplement à travers le larynx un tube élastique*, qui permettrait à l'air de gagner la trachée. Mais cette opération, il ne l'a jamais faite sur le vivant. Elle est restée à l'état de projet.

1. C'est surtout à cause de cette observation, qu'on trouve mentionnés, dans les écrivains immédiatement postérieurs, les corps étrangers comme cause possible de cette maladie.

2. Desault a, l'un des premiers, insisté sur le caractère intermittent des quintes de toux et de la dyspnée.

3. Dans les cas où le corps étranger existait dans le larynx, Desault préconisait donc une veritable laryngotomie.

IV. — DUPUYTREN



En nosologie laryngée, comme pour bien d'autres affections de l'organisme, Dupuytren doit surtout être considéré comme un continuateur de Desault, dont il a développé et complété l'œuvre.

Dans ses cliniques chirurgicales, on trouve mentionnées les diverses plaies dont le larynx peut être le siège, mais sans détails bien nouveaux. Cependant il a insisté tout particulièrement sur une complication propre aux blessures pénétrantes de cet organe, *l'emphysème du tissu cellulaire du cou*. Cet accident, dit-il, se produirait d'autant plus facilement que les mailles du tissu en question sont très lâches, et que les mouvements que le larynx exécute pendant la respiration empêchent que l'ouverture des téguments reste longtemps parallèle à celle du larynx. L'air peut gagner ainsi de proche en proche des régions relativement éloignées et « l'emphysème peut de cette manière devenir universel, comme les auteurs en rapportent des exemples. Médiocre, il se dissipe de lui-même ; plus étendu, on le combattra à l'aide de scarifications ».

Il fait ressortir aussi la nécessité de se défier de certaines *hémorragies*, qui se font non pas en dehors, mais en dedans. Dans ces cas, un débridement suffisamment large facilitera singulièrement l'accès du gros vaisseau lésé, ce qui permettra de le lier au fond de la plaie.

Le mérite de Dupuytren est surtout d'avoir insisté, après Louis, après Desault, sur l'utilité de la *trachéotomie*, trop négligée de son temps. Rappelons, à ce sujet, l'observation suivante où l'opération fut tentée contre un œdème de la glotte.

En effet, c'était bien à la suite d'une violente inflammation pharyngée qu'étaient survenus les phénomènes asphyxiques avec une rapidité déconcertante. Avec son grand sens clinique, Dupuytren vit qu'une intervention chirurgicale

s'imposait et il pratiqua la laryngotomie un peu au-dessus du cartilage cricoïde. Il put constater, pendant l'opération, la tuméfaction de la région sus-glottique, principalement de l'épiglotte, et la malade guérit en peu de temps. Au fur et à mesure que la tuméfaction phlegmasique des tissus diminuait, l'auteur s'était préoccupé de rendre à l'air inspiré ses voies naturelles, ce qui réussit parfaitement bien, sans incidents notables. Voici cette observation telle qu'elle a été publiée dans la *Gazette méd. des Hôp.*, Paris, 1831, t. VI, nº 112, p. 457.

« Au nº 8, salle Saint-Charles, est couchée une femme affectée d'angine œdémateuse, de 34 ans, lingère, demeurant à Paris.

« De tempérament lymphatique, elle a eu plusieurs angines successives. La dernière ayant été suivie d'accidents graves, la malade est entrée à l'Hôtel-Dieu.

« Averti du danger qu'elle courait, je me rendis près d'elle et crus devoir continuer les moyens généraux déjà employés ; mais, le soir, les accidents devenant plus intenses et la suffocation étant imminente, je me vis forcé d'user de la dernière ressource, de pratiquer la laryngotomie.

« Au moment de l'opération, à l'ouverture de l'arrière-bouche, on apercevait une tuméfaction blanche, douloureuse, de la membrane laryngée qui recouvre l'épiglotte et on sentait au doigt toute celle qui forme le contour de la glotte par ses plicatures supérieures.

« Les fonctions du larynx étaient presque suspendues ; la voix n'était plus produite et l'introduction de l'air pouvait à peine se faire. Déjà, on entendait ce son de sifflet, bruit effrayant, qui annonce toujours une terminaison funeste.

« En effet, à cet instant, l'ouverture de la glotte se resserre tellement, qu'elle présente à peine le plus petit diamètre et la tension des ligaments de la glotte contribue à produire cet effet. Les yeux étaient affectés et saillants comme chez les personnes qui ont été étranglées.

« La face, le gosier, le cou étaient brûlants, la malade était dans un tel état d'angoisse qu'il n'y avait pas à hésiter ; la laryngotomie fut décidée.

« Je la pratiquai un peu au-dessus du cartilage cricoïde par une incision en travers, en divisant les parties couche par couche.

« Comme mon opération n'était faite que pour rétablir le passage de l'air, je dus favoriser ce passage jusqu'à ce que la résolution de l'inflammation, qui attaque le voisinage de la glotte, lui permît de reprendre sa route naturelle et je me suis servi à cet effet d'une canule...

« Depuis l'opération, son état s'est évidemment amélioré : plus de suffocations, ni syncopes produites par une véritable asphyxie et cette opération lui a, sans doute, sauvé la vie... »

On sait combien les observations de *polypes du larynx* étaient rares à cette époque. Lieutaud, Desault, Andral, Ferrus en avaient fait connaître quelques cas, en France ; mais leur histoire clinique était tout entière à faire, et ces tumeurs ne seront, du reste, bien connues qu'à partir du célèbre mémoire d'Ehrmann, de Strasbourg. Or Dupuytren avait vu un de ces néoplasmes, dont l'observation est sommairement rapportée dans ses cliniques chirurgicales (tome III, p. 602).

« Un homme déjà vieux fut reçu à l'Hôtel-Dieu pour y être traité d'une maladie des voies urinaires ; il éprouvait de temps en temps des accès de suffocation, que l'on attribuait à un asthme suffocant, à un spasme de la glotte ; l'intégrité des fonctions respiratoires dans l'intervalle des accès éloignait toute idée d'une altération de ces parties ; en conséquence, on ne lui fit subir aucun traitement. Le malade mourut tout à coup au milieu d'une de ces crises.

« A l'ouverture du cadavre, on trouva que la glotte était fermée complètement par un prolongement formé de tissu cellulaire et vasculaire, et recouvert par la membrane muqueuse. C'était un véritable polype, qui naissait de l'un des ligaments qui s'étendent des parties latérales de l'épiglotte aux cartilages aryténoïdes.

« Il avait plus de dix-huit lignes de longueur, et se bifurquait à son extrémité libre. Ce polype était flottant dans l'extrémité inférieure du pharynx, et ne causait alors aucune espèce d'accidents. Aussitôt que, par un changement de position, il se plaçait au-dessus de l'ouverture de la glotte, il produisait alors une occlusion plus ou moins complète, qui donnait lieu aux accidents relatés. C'est par suite d'une de ces oblitérations subites, mais plus complète que les autres, qu'est survenue la mort. »

V. — LARREY.



Dans ses mémoires chirurgicaux, Larrey [1], qui avait été en bonne situation pour observer, dans ses longues campagnes, des traumatismes de toute sorte, a assez bien étudié, à propos des *plaies* du cou, celles du larynx par instruments piquants, tranchants, contondants, par armes à feu avec ou sans complications immédiates ou consécutives. C'est lui qui a rapporté l'observation célèbre d'une balle qui pénétra dans le cou de Murat, le futur roi de Naples et lui coupa l'épiglotte ; cependant l'illustre blessé guérit parfaitement bien et continua à avaler sans accidents asphyxiques.

L'auteur est revenu à plusieurs reprises sur la nécessité de faire la *trachéotomie* dans les occurrences les plus diverses ; cette opération lui paraissait parfaitement bien réglée et capable de sauver les malades dont la situation était, pour ainsi dire, désespérée.

Nous citerons, à ce point de vue, une observation intéressante de laryngite spécifique grave, où l'ouverture de la trachée prévint une asphyxie tout à fait menaçante. « Un soldat du 37ᵉ de ligne, de bonne constitution, fut affecté, en 1842, avant son entrée au service, d'une maladie syphilitique caractérisée par un chancre à la verge, pour lequel il subit un traitement mercuriel qui parut le guérir complètement ; mais, depuis cette époque, le malade fut sujet aux maux de gorge.

« En 1848, angine pharyngée qui céda à la médication ordinaire ; même affection en 1849, qui se complique d'ulcération du voile du palais, aux amygdales et au pharynx ; la guérison se fit encore. En 1850, nouveaux symptômes d'angine et plus intenses.

1. Bien que Larrey ait été un médecin militaire et qu'il n'ait professé qu'au Val-de-Grâce, sa haute situation scientifique, son séjour à Paris où il était membre très actif de l'Académie de médecine, en font en réalité un maître de l'école parisienne, très respecté et très écouté.

« Après les premiers soins à l'infirmerie, le malade entre le troisième jour à l'hôpital. A son entrée, le 19 août, il éprouve une gêne extrême dans la respiration avec une toux fréquente, saccadée, suivie d'expectoration de mucosités glaireuses assez abondantes. La voix est rauque, entrecoupée. La gorge présente une atrophie ulcérative ancienne des piliers du voile du palais, de la luette et des amygdales et une phlogose assez intense du pharynx, recouvert, à sa surface, de plusieurs plaques pseudo-membraneuses, jusque vers l'ouverture de la glotte qui paraissait œdématiée. Douleurs à la pression, à l'extérieur du larynx.

« Le malade offrait tous les signes d'une laryngite aiguë suffocante, en partie œdémateuse, en partie pseudo-membraneuse, pouvant se lier d'ailleurs à des ulcérations syphilitiques; et cette affection était venue à un tel état de gravité que la seule chance probable de guérison me semblait devoir être l'opération de la bronchotomie. Mes confrères de l'hôpital partagèrent mon avis, mais pensèrent que l'opération pouvait être différée de quelques heures ou d'un jour encore et de s'en rapporter au traitement simple... ;

« A une troisième visite de la journée, trouvant le malade dans un état plus grave encore, je me décidai, sans plus attendre, à pratiquer la trachéotomie.

« L'opération, faite selon les règles, n'offrit rien de notable, si ce n'est une hémorragie veineuse provenant du plexus thyroïdien...

« Le succès de l'opération dépassa notre attente ; car, au vingtième jour, la guérison fut complète. »

Mais ce qui mérite surtout de fixer notre attention, c'est le mémoire de Larrey sur les *fistules aériennes traumatiques*. Pour s'opposer au renversement des bords de la plaie en dedans, cause, suivant lui, de l'échec de la cicatrisation, il les incisait transversalement, puis les unissait par une suture entortillée. Il aurait obtenu ainsi de nombreux succès.

Les détails étant très techniques, nous allons rapporter le texte même de l'écrivain.

« Les auteurs n'ayant parlé des blessures de la gorge que d'une manière incomplète, nous rapportons ici le résultat de recherches plus étendues que nous avons faites sur cette question de chirurgie.

« Ainsi nous croyons être parvenu :

« 1° A découvrir les causes qui s'opposent souvent à la guérison des plaies du cou avec pénétration dans les voies aériennes et qui les rendent fréquemment mortelles, bien que les principaux vaisseaux de cette région n'aient pas été lésés ;

« 2° A nous expliquer pourquoi ces blessures, lorsqu'elles n'entraînent pas la mort du sujet, sont assez souvent accompagnées de fistules aériennes et par conséquent de la perte de la voix ;

« 3° A établir les préceptes qu'on doit suivre dans le traitement de ces plaies, pour prévenir ces inconvénients graves et assurer le succès du premier pansement.

« Quelles que soient les parties lésées, en supposant toujours qu'il y a pénétration dans les voies aériennes, la première indication à remplir est de couper perpendiculairement les bords de la plaie pour prévenir la rétroversion de ses bords en dedans, cause principale du non-succès de la réunion de ces plaies et de la formation des fistules aériennes. Ce précepte rempli et tous les vaisseaux coupés étant liés, on procède à cette réunion au moyen de la suture entrecoupée qu'on pratique avec la plus grande facilité; des bandelettes agglutinatives, un linge fenêtré, etc., etc., complètent le pansement.

« Pendant quel'air s'échappe en dehors du larynx, le sujet est totalement privé de la voix et même de la parole ; mais, à peine les ouvertures de communication avec ce canal sont-elles fermées, que cette faculté est rétablie.

« Ceci fait, le médecin doit porter son attention sur l'état du cerveau du blessé, surtout si sa plaie est l'effet de sa volonté ; car, pour arriver à ce résullat, cet organe ou plutôt le cervelet doit être, avant l'accident, dans un état d'irritation érectile ou d'inflammation portée à des degrés relatifs à l'intensité des causes prédisposantes.

« Dans ce cas : glace sur la tête, saignées, applications de ventouses, boissons acidulées à la glace goutte à goutte, etc.

« Nous avons indiqué les moyens propres à prévenir les fistules aériennes; c'est le *débridement perpendiculaire de la coupure avant d'en opérer la réunion*, Lorsqu'on n'a point pris cette précaution, les bords de cette plaie se renversent par l'effet rétractile du derme et la contractilité des fibres motrices du peaucier coupées transversalement et, quelque multipliés que soient les points de suture, ils se rompent, les bords de ces plaies s'écartent et contractent des adhérences avec les parties éloignées.

« Les ouvertures du larynx et de la trachée restent béantes et les fistules s'établissent. Ce qui a fait dire à la plupart des auteurs que la suture était inutile dans ce cas et même nuisible.

« Mais dans les cas où les fistules aériennes sont établies, quelle est la meilleure manière d'y remédier ? C'est de rétablir la plaie dans son état primitif, lorsqu'elle a subi le débridement dont nous avons parlé, c'est-à-dire qu'il faut commencer par

faire une double incision perpendiculaire qui part du trou fistuleux et, par une dissection délicate, on détache à une distance plus ou moins éloignée les bords de cette incision de leurs adhérences celluleuses et vasculaires; on les rafraîchit au niveau des points de cicatrices, on les ramène ensuite en avant en contact immédiat en les y maintenant au moyen de la suture entrecoupée ou enchevillée, selon le besoin. Un simple bandage contentif suffit alors pour assurer le succès ».

Il n'y aurait point de plaies fistuleuses qui résistent à l'application de cette méthode, que l'auteur compare ensuite à celle de Velpeau, la faisant suivre d'observations, parmi lesquelles nous rapporterons la suivante, marquée par ces complications cérébrales dont l'auteur a parlé plus haut.

« M. L.., lieutenant invalide, 64 ans, caractère gai, mais faisant abus d'alcool. Après un accès d'ivresse, il est pris de maux de tête, de fièvre, et est envoyé à l'infirmerie dans le département du médecin en chef. Dans la nuit du 17 au 18 juin 1832, dans le service de Desgenettes, avant la visite, il se coupa la gorge à l'aide d'un couteau. Le médecin le trouva sur son lit, la tête renversée, présentant une grande plaie au-devant du cou, par où s'échappait du sang vermeil, écumeux, avec un sifflement et tous les signes d'une suffocation prochaine.

« Mon premier soin, sitôt appelé près de lui, fut de faire fermer la plaie qui ne fournissait plus de sang, mais laissait échapper l'air du canal avec une grande force et un sifflement pénible.

« Cette manœuvre parut suspendre le cours de la mort et permit au blessé de parler.

« Nous le réchauffâmes et parvînmes à lui faire prendre quelques cuillerées de vin et procédâmes au pansement.

« La plaie était entrecoupée par deux ou trois autres incisions parallèles.

« Nous pratiquâmes d'abord une légère incision perpendiculaire et tandis qu'un aide bouchait l'ouverture du larynx avec la partie voisine des téguments du cou que j'avais ramenés de très loin, nous pratiquâmes sur toute cette plaie six points de suture entrecoupés et réunîmes les deux divisions perpendiculaires au moyen de bandelettes agglutinatives protégeant aussi la suture. Puis linge fenêtré, etc. Le malade était revenu à lui, il pouvait parler et avaler les liquides.

« A la visite du soir, nous le trouvons dans un parfait état; mais, au milieu de la nuit, il jette des cris plaintifs, délire, est très agité. Malgré les soins, la fièvre et le délire augmentent. A la visite du matin, nous le trouvons avec les signes d'une cérébrite profonde qui avait déjà produit le coma.

« Deux heures après, il avait expiré.

« Vingt-deux heures après la mort, nous trouvons un engorgement considérable de tous les vaisseaux des méninges. L'arachnoïde était convertie en une couenne blanchâtre puriforme; les vaisseaux du cerveau étaient très engorgés et les ventricules remplis de sérosité rougeâtre.

« Le cervelet et la moelle étaient très enflammés; une assez grande quantité de fluide sanguinolent est épanchée à la base du crâne.

« Rien de pathologique dans les autres cavités.

« L'appareil de la plaie est dans l'état où nous l'avons laissée la veille et ses bords ont contracté une adhésion parfaite.

« Il est bien évident que l'inflammation du cervelet et de la moelle, préparée par l'abus des boissons, est la cause prédisposante de ce suicide. »

VI. — LISFRANC



En 1823, au début de sa carrière chirurgicale, Lisfranc a publié, sur l'*œdème de la glotte*, un petit mémoire paru dans le *Journal général de médecine* et qui n'a guère attiré l'attention que par les particularités touchant à la thérapeutique, très contestables, du reste, et les moins bonnes de son opuscule.

Bayle et surtout Serres, distingué médecin de l'époque, sont ses guides habituels. Ainsi que le créateur de la nouvelle entité nosologique, il regarde l'infiltration des replis aryténo-épiglottiques comme déterminée tantôt par le pus, tantôt par l'œdème; mais il accorde davantage au processus phlegmasique, que ses contemporains, sous l'influence des idées de Broussais, regardaient comme l'acte morbide le plus important. « L'angine œdémateuse est une infiltration séreuse ou purulente ayant pour siège l'épaisseur des parois de l'orifice supérieur du larynx, d'où résulte une tumeur molle, capable d'empêcher la respiration et de déterminer promptement la mort. Cette maladie peut être produite par toutes les causes des autres angines. M. Serres l'a vue terminer le croup d'une manière funeste. Il suffit, en effet, qu'il y ait inflammation des points que nous venons d'indiquer pour que l'angine œdémateuse puisse avoir lieu; mais, elle paraît plus spécialement se développer sous l'influence de la phtisie laryngée [1], des mercuriaux [2], des longues maladies, des scrofules et du scorbut [3]. »

Les lésions anatomiques indiquées par Lisfranc sont celles signalées par Bayle. Pour la partie clinique, il s'en tient aussi à cet auteur ou à son maître Serres, dont il reproduit l'enseigne-

1. Trousseau et Belloc développeront le rôle de cette affection dans l'œdème de la glotte.

2. On abusait alors des mercuriaux d'une façon extraordinaire, regardant les énormes doses comme nécessaires. La salivation était recherchée.

3. La conception qu'on se faisait du scorbut était très vague. On y faisait rentrer des accidents morbides absolument étrangers à l'affection.

ment oral sur ce point. Ainsi, ce dernier aurait remarqué que la propagation de l'œdème à l'isthme entraîne la dysphagie même pour les liquides. « M. Serres a vu des sujets qui ne pouvaient pas avaler les liquides; cela a lieu quand la tuméfaction se propage sur les tonsilles et sur la membrane muqueuse pharyngée. » Toutefois le phénomène serait assez rare. L'on n'observerait ordinairement qu'un peu de gêne dans la déglutition. « Pendant que cette dernière s'exécute et que les mouvements d'élévation et d'abaissement du larynx se font, le malade se plaint d'un corps étranger qui monte et qui descend. »

Pour Lisfranc, cette sensation de corps étranger[1] est très importante et justifiée; car la symptomatologie ressemblerait, en somme, à celle d'un corps solide obstruant les voies aériennes supérieures. Parfois, dit-il, on observerait des quintes de toux sèche. « M. Serres a observé une tussiculation fréquente sans expectoration. » Comme ses prédécesseurs, Lisfranc insiste beaucoup sur la difficulté extrême de l'inspiration et la facilité de l'expiration qui s'accomplirait aussi aisément que d'habitude. Il adopte l'explication de Bayle, mais la développe beaucoup plus et l'appuie sur des *expériences cadavériques* intéressantes.

« L'examen de la tumeur explique ce phénomène singulier. En effet, la partie supérieure du larynx présente une espèce de demi-sphère percée, à peu près vers son centre, d'une ouverture dont les parois sont taillées en biseau aux dépens de la face interne de l'organe. Il résulte de cette disposition que, si, avec un soufflet, l'on précipite de l'air sur la partie supérieure du larynx, il n'entre point dans la cavité de ce conduit; que si, au contraire, la trachée est ouverte et qu'on insuffle un gaz par l'ouverture qui a été pratiquée, il sort facilement par la glotte. Nous avons répété plusieurs fois, M. Ricard mon prosecteur et moi, cette expérience sur le cadavre. »

Lisfranc croit, comme Thuillier, que l'*exploration digitale* est ici la grande ressource du diagnostic et qu'elle est d'une exécution aisée. « Si on examine l'intérieur de l'arrière-gorge, on n'observe rien ordinairement qui puisse rendre compte des symptômes que le malade éprouve, mais porte-t-on les doigts indicateur et médius jusque sur la partie supérieure du larynx qu'il est très facile d'atteindre[2], l'on y sent manifestement une

1. Bayle et Thuillier avaient insisté également sur cette sensation de corps étranger, qui pousse certains malades, entrés dans une sorte de délire, à chercher à s'ouvrir le cou pour en arracher l'obstacle qui les étrangle.

2. Blache, Trousseau et quelques autres s'élèveront contre cette façon

tumeur molle, un véritable bourrelet, signe pathognomonique de la maladie. »

Lisfranc ne croit à l'efficacité ni de la trachéotomie, ni du tubage, qu'il regarde comme des manœuvres dangereuses et inefficaces [1]. Il leur préfère de beaucoup la scarification des ligaments aryténo-épiglottiques.

« Convaincu, en faisant des autopsies, que des scarifications pratiquées sur le larynx évacuaient la sérosité ou le pus, sans même qu'on eût recours ordinairement à la pression, je pensais que l'on pourrait, sur le vivant, scarifier la tumeur ; j'ai employé ce moyen, il a été couronné d'un plein succès.

« Voici la manœuvre opératoire que j'ai indiquée depuis quatre ans dans mes leçons, avant de l'avoir mise en pratique sur l'homme vivant. L'on se sert d'un bistouri un peu courbe à lame étroite, longue et fixée sur son manche ; on a soin de la garnir de linge jusqu'à une ligne de sa pointe. Le malade met ses mâchoires dans le plus grand degré d'écartement possible ; elles peuvent être maintenues dans cette position avec un morceau de liège placé profondément entre les arcades dentaires et dont une des extrémités sera soutenue par un aide.

« L'opérateur placé devant le malade, dont la tête repose sur un oreiller ou contre la poitrine d'un aide, porte ses doigts indicateur et médius de la main gauche dans la bouche, franchit l'isthme du gosier, arrive sur le bourrelet formé par l'esquinancie ; alors le bistouri, tenu par son manche comme une plume à écrire, est glissé à plat sur les deux conducteurs que nous venons d'indiquer; parvenu sur le larynx, le tranchant de l'instrument est dirigé en avant ou en haut; le manche en est élevé, puis abaissé à mesure que l'on presse légèrement sur la pointe ; ainsi la tumeur ne peut manquer d'être ouverte. Peut-être que des ongles longs et tranchants pourraient ouvrir la tumeur.

« Il faut d'abord faire peu de mouchetures ; car, à l'aide de la compression, souvent deux ou trois petites incisions suffisent.

« On les multiplierait si besoin était, comme nous l'avons observé. L'on tâchera de les faire à la plus grande distance possible les unes des autres pour éviter les résultats des inflammations.

de voir et restreindront singulièrement l'utilité et la possibilité de cet examen.

1. Thuillier, Bayle et les premiers auteurs qui ont écrit sur l'œdème de la glotte ne conseillaient la trachéotomie que par des motifs *à priori*. Ils ne la pratiquaient pas ; cette opération, malgré Habicot, malgré Louis, de l'ancienne Académie de chirurgie, Desault, Dupuytren, n'étant pas encore franchement entrée dans la pratique.

« Les mouvements de déglutition, la toux, les efforts de vomissement peuvent rendre l'opération difficile, mais ils ne sauraient empêcher qu'elle ne soit même assez facilement exécutée par une main exercée.

« Ces scarifications produisent l'écoulement de la matière infiltrée, et quelquefois un léger suintement sanguin qui opère un dégorgement salutaire ; la toux, provoquée par quelques gouttes de sang dans le larynx, contribue beaucoup à diminuer la tumeur.

« L'amendement remarquable qui s'est remarqué immédiatement après l'opération pratiquée sur les deux premiers malades traités par ce moyen, a successivement augmenté ; sous l'influence de quelques gargarismes émollients et des boissons de même nature, la guérison a été complète et a été obtenue dans le court espace de huit jours.

« Sur deux autres sujets, l'opération a été un peu moins heureuse ; chez l'un, la respiration est bien devenue, sur-le-champ, plus facile, mais il s'est développé, vingt-quatre heures après, une inflammation laryngée aiguë qui, cependant, a été victorieusement combattue par l'emploi des antiphlogistiques, auxquels les dérivatifs et les astringents ont succédé ; chez l'autre, une inflammation assez forte est survenue deux jours après l'opération, le traitement ordinaire a été mis en usage ; mais à mesure que les phénomènes inflammatoires ont baissé, l'œdème, qui n'avait pas complètement disparu, s'est accru ; de nouvelles scarifications ont été faites, le malade a guéri.

« L'on avait épuisé sans succès, sur ces quatre malades, tous les moyens connus, abstraction faite de la laryngotomie et de la trachéotomie : ils étaient menacés d'une très prochaine asphyxie. »

VII. — MALGAIGNE



Cet auteur est surtout connu en chirurgie laryngée pour avoir préconisé un mode spécial de *laryngotomie sous-hyoïdienne* Voici les principaux temps de l'opération, tels qu'ils sont indiqués dans son *Traité de médecine opératoire* (édition de 1834, p. 499).

« On pratique une incision transversale de dix-huit lignes à deux pouces de largeur, immédiatement au-dessous de l'os hyoïde dont elle doit longer le bord inférieur. Dans un second temps, on divise le muscle peaucier, la moitié interne de chacun des muscles sterno-hyoïdiens puis, tournant la pointe du bistouri en arrière et en haut, on incise dans la même direction transversale la membrane thyro-hyoïdienne et celle de ses fibres qui vont à l'épiglotte. On arrive alors sur la muqueuse que chaque expiration fait saillir au dehors. On la saisit avec des pinces et on la divise à son tour soit avec le bistouri, soit avec des ciseaux. Alors se présente l'épiglotte, repoussée dans la plaie par l'expiration. On la retient à l'aide des pinces, ou d'une simple érigne, et l'on a à découvert tout l'intérieur du larynx, où l'œil peut facilement diriger les instruments ».

Malgaigne a aussi insisté, un des premiers, sur un traumatisme alors fort mal connu, les *fractures du larynx*, qu'il a fait précéder de quelques considérations (voir son *Traité des fractures et des luxations*, t. I, p. 408, Paris, 1847).

« Rares, c'est presque exclusivement chez les pendus qu'on les observe. Morgagni dit avoir vu quelquefois le larynx fracturé, et il note que c'était toujours sur des sujets âgés. Ramer a rencontré une fracture pareille chez un pendu qui portait une empreinte visible de la corde au niveau du larynx. On ne sait quel en était le siège.

« D'autres observations portent à penser qu'elle affecte de préférence le cartilage cricoïde. Valsalva en avait vu un

exemple; Weiss a trouvé ce cartilage rompu en nombreux fragments.

« Le cartilage thyroïde échappe davantage à l'action de la corde; mais sa fracture peut être produite par une main ennemie qui presse fortement sur les deux côtés (cas de Ladoze, 1838). »

L'auteur en cite quelques-uns, notamment les suivants :

« On trouva le cou du mort serré par un mouchoir très épais, formant un lien de la largeur d'environ quatre travers de doigt; mais, en même temps, le cou portait des écorchures et des contusions qui dénotaient la pression des doigts et des ongles.

« Le cartilage thyroïde présentait une fracture à bords inégaux, presque en forme d'S, de la longueur de quinze millimètres, s'étendant depuis quelques lignes au-dessous du bord supérieur de la partie droite du cartilage jusqu'à sa partie inférieure, et, depuis l'angle saillant formé par ses parties droite et gauche jusqu'à l'union des deux tiers postérieurs de la partie droite avec son tiers antérieur. Le sujet n'avait que 37 ans, mais il existait déjà une ossification très avancée de tout le cartilage.

« Deux femmes qui se trouvaient à l'hôpital s'étaient prises de querelle. L'une d'elles saisit son antagoniste à la gorge et la serra si fort qu'elle brisa le cartilage thyroïde depuis sa partie supérieure jusqu'à sa partie inférieure. Vous concevez qu'il ne fut pas très difficile de constater la fracture et qu'il n'y avait aucun appareil contentif à appliquer. Du silence, du régime, petite saignée et la guérison fut parfaite.

« Marjolin pense que cette fracture est favorisée par l'ossification du cartilage..... »

Pour l'*extraction des corps étrangers*, Malgaigne était partisan de la trachéotomie; cependant il pensait que, parfois, des manœuvres plus simples et à la portée de tous les praticiens étaient capables d'assurer le succès. En effet, dans le *Journal de chirurgie* de 1845, il mentionne les cas suivants :

« Nous citions, dans notre dernier numéro, un beau succès obtenu par M. Lenoir, par le simple renversement du tronc, pour l'éjection d'une pièce de monnaie tombée dans la bronche droite. En voici un nouvel exemple, rapporté par un journal anglais; seulement le corps étranger n'était pas descendu si loin.

« Un individu s'amusait à jeter en l'air un schelling et à le recevoir dans la bouche, quand tout à coup la pièce glissa dans la gorge et passa à travers la glotte. L'accident ne donna lieu

qu'à des symptômes comparativement fort légers. Le malade croyait sentir la pièce fixée vers le cartilage cricoïde, et il lui semblait qu'il parviendrait à la déplacer en se mettant sur la tête.

« Cette idée s'accordant avec les vues de Duncan et des autres médecins appelés, le patient fut couché, les épaules sur l'extrémité relevée d'un sopha assez haut ; et trois ou quatre des assistants, parmi les plus vigoureux, l'ayant saisi par les reins et par les cuisses, le tronc fut rapidement élevé de manière à faire pendre la tête en bas, et, après une secousse ou deux, Simpson portant en même temps le larynx rapidement d'un côté à l'autre, le schelling passa dans la bouche et tomba sur le plancher.

« Il n'y eut aucun accès de toux, nul indice de dyspnée ; et le patient se releva immédiatement, enchanté du résultat. Il ne restait plus aucune gêne, et le caractère de la voix n'avait pas subi un changement marqué. La guérison fut d'ailleurs instantanée : il n'y eut aucun accident consécutif. »

VIII. — NÉLATON.



Comme c'est la coutume dans un traité de chirurgie, où il faut surtout préciser les grandes lignes, Nélaton se préoccupe, dans son ouvrage, à propos des *traumatismes laryngiens*, beaucoup plus des blessures du cou en général que de celles de l'organe phonateur, auxquelles cependant il consacre un court paragraphe. Il insiste sur leur polymorphie. « Ces plaies présentent un grand nombre de variétés. Le larynx peut être divisé en un ou plusieurs points ; la solution de continuité porte tantôt sur la portion sus-glottique, tantôt sur la portion sous-glottique. Un instrument piquant peut être introduit dans le larynx et n'y produire qu'une petite érosion. La membrane crico-thyroïdienne peut être intéressée avec ou sans les cartilages auxquels elle s'insère. » Rarement le pharynx situé en arrière serait atteint d'une façon concomitante, parce que cet organe serait situé si profondément qu'il échapperait aux causes vulnérantes, à moins de circonstances toutes spéciales, telles que celles du cas publié par Fine (*J. de méd. de Vandermonde*, 1790, LXXXIII, p. 61). L'envahissement, par le sang, des voies aériennes constituerait le principal des dangers les plus immédiats. Quand il y a pénétration dans la cavité de l'organe, on en serait averti par le sifflement de l'air au dehors pendant l'expiration et la phonation. Nélaton insiste beaucoup sur l'emphysème du tissu cellulaire, quand l'air ne peut s'échapper librement à cause de l'étroitesse et de l'irrégularité des bords superficiels de la plaie laryngée. Parfois le gonflement se généraliserait comme chez le pâtissier, dont Ambroise Paré a rapporté l'observation. Ces sortes de plaies donneraient souvent naissance à des inflammations phlegmoneuses des plus redoutables, pouvant se propager aux médiastins et aux poumons, ce qui entraînerait fatalement la mort. Enfin, ces sortes de blessures aboutiraient assez souvent aux fistules aériennes, surtout quand il y a perte de substance, ou bien elles

amèneraient un trouble parfois permanent dans le fonctionnement de l'organe, notamment dans la phonation.

L'article consacré par l'auteur aux *corps étrangers* des voies aériennes est tiré en grande partie de la thèse de concours de Bérard, en 1830, ainsi que Nélaton a soin de le reconnaître. Comme l'annonce le titre même du chapitre en question, l'écrivain embrasse dans son étude un sujet beaucoup plus vaste[1] que celui des corps étrangers du larynx, de telle sorte qu'une bonne partie des notions qu'il renferme ne nous concerne point. Les corps étrangers gazeux ou liquides ne seraient intéressants que parce qu'ils peuvent produire une asphyxie rapide ou déterminer des brûlures étendues (éclatement d'une chaudière à vapeur)[2]; nous ne signalerons que ce qui a trait aux corps étrangers solides. Nélaton étudie longuement, et peut-être un peu trop copieusement, leur nature, les vers intestinaux et les hydatides étant certainement tout à fait exceptionnels (cas de Hebrard, Casper (*Gaz. méd.*, 1837), Peace (*id.*, 1838), Kepp (*id.*); voir aussi le tome XIX des *Bulletins de la société anatomique*, année 1844, p. 133). Si le corps est volumineux, si sa surface est anguleuse, il s'arrêterait volontiers dans le larynx, immobilisé qu'il est par l'étroitesse de la fente glottique ou fiché dans les parois mêmes de l'organe par une de ses irrégularités qui pénètre dans l'intimité des tissus. Les phénomènes réactionnels immédiats sont parfaitements décrits. La violence des quintes de toux chasserait souvent au dehors le corps étranger; sinon les crises asphyxiques réapparaîtraient sous des causes diverses. Il existerait d'ailleurs des rémissions prolongées, tout à fait trompeuses pour le diagnostic, dont Nélaton reconnaît la difficulté. Il faut avouer du reste que l'auteur demeure passablement bref sur la différenciation avec les maladies laryngées qui pourraient simuler les symptômes déterminés par l'accident, pensant, peut-être avec raison, que les anamnestiques et la soudaineté des phénomènes morbides limitent beaucoup le champ des hypothèses.

La mort serait fréquente, dans une crise asphyxique; parfois, quand le mal s'éternise, il surviendrait des phénomènes réactionnels inflammatoires, des crachats sanglants et du dépérissement propre à inspirer des craintes de phtisie, mais à tort; car le corps étranger serait incapable par lui-même de produire autre chose que du catarrhe, quoi qu'en aient dit les anciens auteurs[3].

1. Les corps étrangers de l'ensemble des voies aériennes.
2. On avait déjà constaté des faits de ce genre à l'époque où écrivait l'auteur, les machines à vapeur commençant à se répandre.
3. Desault.

Quand le corps étranger piquant s'est arrêté assez haut dans le larynx et qu'on a réussi à déterminer son siège, on pourrait l'extraire par les voies naturelles à l'aide de pinces recourbées. Sinon, on pratiquera la laryngotomie, quand le corps est fixé au-dessus de la glotte, ou bien on pourrait, comme l'a proposé Malgaigne, inciser la membrane thyro-hyoïdienne (laryngotomie sus-hyoïdienne), puis on se débarrasserait de l'épiglotte pendant les recherches en l'inclinant en avant et en bas.

Les *brûlures* du larynx sont décrites par Nélaton d'après un article de Sestier, qui s'appuyait lui-même sur les recherches des chirurgiens anglais Cooper, Jameson, Travers. Ces derniers avaient surtout en vue les faits de ce genre produits par les becs d'aiguières à thé sur la gorge d'enfants mal surveillés, qui buvaient à même. Mais Nélaton insiste aussi sur les brûlures très étendues que peut, lors de certaines explosions de chaudière, déterminer la vapeur d'eau.

Quant aux *polypes*, ce qu'en dit l'écrivain est tiré des anatomo-pathologistes de l'époque.

IX. — PELLETAN

Dans les cliniques chirurgicales de Pelletan, on trouve une intéressante observation de *polype du larynx*, que nous croyons devoir rapporter ici, parce que, les faits de ce genre étant alors des plus rares, ce cas a été mentionné d'une façon plus ou moins explicite par beaucoup d'auteurs. Elle présente du reste des particularités intéressantes. Ce fut, comme cela arrivait généralement alors, une surprise d'autopsie, d'autant plus que les phénomènes de suffocation présentés par le malade s'expliquaient parfaitement bien par l'hypothèse d'une laryngite spécifique, la vérole ayant déjà amené de graves désordres du côté du pharynx. Le malade mourut subitement d'un spasme de la glotte, fait démontrant tout le danger que peuvent faire courir ces tumeurs polypeuses, malgré la bénignité de leur structure. La longueur du pédicule permettait, dit Pelletan, d'introduire facilement la masse morbide entre les lèvres de la glotte qu'elle obturait alors complètement, et l'auteur pense plus à la possibilité de cette occlusion mécanique qu'à celle d'un spasme[1], bien que le polype n'eût pas été trouvé entre les cordes vocales au moment de l'autopsie. Quoi qu'il en soit, voici comment s'exprime l'auteur (*Clin. chirurg.*, t. Ier, p. 15, obs. VIII), dont nous allons rapporter intégralement le texte :

Observation VIII. — « Il y a quelques années, il se présenta chez moi un homme de 30 à 40 ans, réduit à un état de maigreur extrême par une salivation qui durait encore et qui était la suite d'un traitement mercuriel inconsidéré. Il y avait destruction de la luette, d'une partie du voile du palais et ulcération gangreneuse à la paroi postérieure du pharynx. Je prescrivis un traitement pour ce cas. Quelques jours après, on vint me chercher à la hâte, me disant que ce malade venait de mourir subitement. Il s'était jeté à bas de

1. Le spasme était alors fort mal connu. Voir, à ce sujet, l'article consacré à Blache.

son lit comme quelqu'un qui suffoque et était tombé incontinent sans vie apparente. On ajouta qu'il lui était arrivé plusieurs fois d'être menacé de suffocation. Je pensai qu'une escarre avait pu se détacher et tomber dans l'ouverture de la glotte ou sur cette fente. Je fendis la trachée avec les précautions que j'aurais prises sur le vivant. Le doigt introduit dans le canal, je ne sentis rien. Je soufflai en vain de l'air dans les poumons, j'y présentai la vapeur de l'ammoniaque et n'obtins aucun résultat.

« A *l'autopsie*, je trouvai qu'il s'élevait du voisinage de la glotte une tumeur solide, du volume et de la forme d'une petite noisette, et tenant à un pédicule menu et assez long pour que la tumeur fût flottante ; elle n'était point alors engagée dans cette fente, mais je l'y introduisis facilement, et il fut évident que c'était elle qui avait, à plusieurs reprises, été refoulée dans la glotte et repoussée au dehors, jusqu'au moment où une plus forte introduction avait suspendu la respiration et les autres mouvements de la vie. Appelé à temps, j'aurais sans doute pu rappeler ces mouvements. »

X. — ROUX



Roux a exécuté assez souvent la trachéotomie, à l'époque où cette opération n'était encore guère entrée dans la pratique. Les résultats qu'il en obtint, dans les cas de croup, ne paraissent pas du reste avoir été des plus brillants, si l'on s'en rapporte à ses confidences, lors de la célèbre discussion sur la trachéotomie, à l'Académie de médecine, en 1857. Il y eut recours aussi pour des obstructions laryngées d'un autre genre, notamment une fois pour l'œdème de la glotte. Pendant qu'il ouvrait la trachée, la malade menaça subitement d'asphyxier. Roux supposa que les voies respiratoires étaient pleines de sang; il introduisit aussitôt une sonde avec laquelle il aspira une partie du liquide épanché; dès lors, la respiration ayant pu s'établir, la patiente revint à elle et fut définitivement sauvée.

Mais c'est pour s'être, un des premiers, occupé des *sténoses cicatricielles* du larynx que ce chirurgien éminent mérite surtout de fixer ici notre attention. Il eut, le premier, l'idée de s'attaquer à ces sortes de rétrécissements par la laryngotomie, comme l'ont proposé plusieurs habiles chirurgiens de notre époque.

Au moment où il fit paraître son intéressant mémoire, ces déformations du larynx étaient encore fort mal connues. Cependant Morgagni, dans l'épître XIV, paragraphe 23, avait signalé déjà, sur le cadavre d'un ancien syphilitique atteint, paraît-il, pendant sa vie, de phénomènes asthmatiques, des reliquats de processus cicatriciels dans le larynx, qui avaient notablement diminué le calibre de la cavité de cet organe. Depuis, on avait publié, en Angleterre et en France, quelques cas semblables, paraissant démontrer que la syphilis pouvait déterminer des sténoses notables de l'appareil phonateur.

On savait également que les traumatismes, en particulier dans les cas de tentatives de suicide, pouvaient aboutir, après cicatrisation, à des rétrécissements de nature et d'allure un peu diffé-

rentes. Le cas publié par le Dr Raynaud, de Toulon, était resté célèbre à cet égard.

Néanmoins, ces sténoses, d'origine syphilitique ou traumatique, dont la littérature médicale ne possédait, du reste, que quelques exemples, étaient regardées comme de simples curiosités. Roux s'efforça de montrer qu'elles n'étaient pas néanmoins au-dessus des ressources de l'art.

Lors de sa communication à la Société de chirurgie, en 1852, il fut question, en outre des facteurs étiologiques cités plus haut, d'une autre cause de coarctation cicatricielle laryngée, la laryngo-trachéotomie, quand la guérison de la plaie laryngée s'opère avec exubérance et rétraction du tissu cicatriciel. Après Denonvilliers, Trousseau et Gintrac en signalèrent quelques exemples. Roux cita le cas d'un matelot qui, ayant été atteint de croup, subit la trachéotomie cricoïdienne. Il en résulta un tel rétrécissement du larynx, une dyspnée si considérable après le moindre effort, que le malade fut déclaré impropre au service, deux ans après. Chez un autre sujet atteint de rétrécissement avec fistule, l'auteur put guérir celle-ci par la méthode d'occlusion par substitution. Enfin, chez un troisième malade, dont il rapporte tout au long l'observation dans son Mémoire, il s'agit encore d'un cas de croup contracté par un certain Mohamed, dans les prisons d'Oran. Il subit la crico-trachéotomie ; la respiration ne se rétablit point par les voies naturelles et il continua à respirer par la fistule cutanée.

« Chez cet Arabe, ce qui ne doit pas surprendre à présent, en raison des précédents connus, la parole existait encore en l'absence complète de la voix ; mais, chez Mohamed, comme chez Leblanc, elle était faible et dépendait certainement des modifications que le tuyau bucco-labial imprimait à l'air mis en mouvement par l'ascension brusque du larynx, comme on le voit chassé dans un corps de pompe par la pression du piston.

« Rétablir les voies naturelles et rendre ultérieurement au malade la voix, la parole plus forte, en permettant à l'air de reprendre son cours à travers le larynx, la bouche et les fosses nasales, était certainement une tentative digne de solliciter les plus grands efforts... Après tous les efforts infructueux de dilatation, je tentai la *trachéotomie sous-hyoïdienne* proposée par Malgaigne et restée, jusqu'ici, sans application. Avec des canules de courbures et de dimensions variables, j'ai soumis Mohamed à d'incessantes investigations qui m'ont appris que chez lui :

« 1° Le larynx n'était pas oblitéré, mais seulement rétréci, puisque j'étais parvenu à faire passer une sonde par la fistule trachéale et à la retirer par la bouche ; cependant, le rétrécissement était tel que pas une bulle d'air ne passait par le larynx ;

« 2° Que l'appareil laryngien avait subi de grandes modifications dans sa forme et dans sa texture, puisque l'on ne sentait plus les reliefs et la consistance de ses cartilages, ordinairement si apparents...

« Je n'avais pu constater dans le larynx de Mohamed qu'un rétrécissement prononcé, mais partiel, produit par le séjour de la canule laissée à demeure dans son voisinage et dépendant aussi de la loi générale à laquelle sont soumises toutes les voies naturelles, qui ne manquent pas de se rétrécir chaque fois qu'elles ne sont pas parcourues par leurs excitants normaux. Je m'arrêtai à pratiquer, chez ce malade, la trachéotomie sous-hyoïdienne et à introduire de haut en bas dans le larynx et la trachée jusqu'à trois centimètres au-dessous de la fistule trachéale une double canule en argent; puis de la laisser à demeure pendant le temps de la cicatrisation de la fistule et la cicatrisation du tube aérien.

« Mohamed désirait beaucoup l'opération que je pratiquai après avoir eu soin d'assurer la respiration en arrêtant autour du cou, à l'aide d'un lien circulaire, la canule trachéale que portait habituellement le malade. » L'opération réussit parfaitement et Roux ajoute : « Les chirurgiens auraient peine à comprendre que, dans une région ordinairement si bien limitée par ses reliefs saillants et si facile à atteindre, les déformations aient été telles... »

Néanmoins, Roux, regardé, malgré son habileté bien connue et ses nombreux succès, comme un opérateur un peu téméraire, ici encore ne put entraîner les convictions de ses collègues. Voillemier fit même des réserves formelles sur l'utilité de pareilles tentatives.

XI. — VELPEAU.



La principale contribution de Velpeau, en chirurgie laryngée, est certainement son célèbre mémoire sur les *fistules aérifères de l'espace thyro-hyoïdien*, c'est-à-dire de la région qui correspond à peu près à la partie la plus supérieure et la plus antérieure de l'orifice laryngé supérieur.

Il a indiqué nettement les causes anatomiques et physiologiques qui favorisent leur développement. Contrairement au reste du larynx ou à la trachée, il n'y a pas ici de parois rigides échappant par cela même à l'écartement par tension musculaire ou déplacement des parties. Au contraire, dans l'espace thyro-hyoïdien, ces forces ont leur libre jeu. « Dans la rainure thyro-hyoïdienne, c'est tout le contraire. Là, les parties perdent leur parallélisme aussitôt après avoir été divisées. L'angle thyro-hyoïdien tire la lèvre inférieure de la blessure en avant et en bas pendant que l'os hyoïde entraîne la supérieure en arrière et en haut. » D'autre part, l'os hyoïde sur lequel s'insèrent de nombreux muscles à action variée et souvent antagoniste aurait une mobilité telle que toute contention deviendrait fort difficile, dérangée qu'elle serait, à tout moment, par les déplacements du menton, par la mastication, par la déglutition, etc., laissant, par l'écartement des lèvres de la plaie, libre passage aux aliments ou à la salive. « Si l'épiglotte reste au-dessus, ce qui est rare, les matières venant de la bouche s'engagent presque toujours en partie dans l'ouverture accidentelle. Si, comme cela arrive ordinairement, elle se trouve séparée de la glotte, l'air et les mucosités heurtant contre sa face postéro-inférieure s'introduisent encore plus facilement dans la plaie. Ainsi d'un côté, la langue et l'épiglotte, éléments charnus, vasculaires, souples, mobiles ; de l'autre, le cartilage thyroïde solide, fixe, et peu de vascularité dans les tissus. En faut-il davantage, en joignant les autres particularités mentionnées tout à l'heure, pour expliquer la fréquence des fistules à la suite des plaies

transversales de cette partie du cou ? » L'anatomie montrerait d'ailleurs pourquoi, dans les tentatives d'assassinat ou de suicide, cette région est surtout intéressée. En haut, en effet, il y a la saillie du menton, en bas celle du larynx, entre eux, la rainure thyro-hyoïdienne où dévie forcément l'arme meurtrière. Les carotides étant le plus souvent protégées par leur profondeur et par l'attitude du cou au moment du suicide, le blessé survivrait le plus souvent, malgré la production d'hémorragies assez fortes, parfois tenant à la section de l'artère thyroïdienne supérieure ou d'une de ses branches.

Ambroise Paré, Richter, Bousquet, Larrey, etc., avaient, dit l'auteur, déjà entrevu la difficulté de réunion de ces sortes de blessures ; d'autre part, quand la plaie est devenue fistuleuse, elle est par cela même bien plus difficile à guérir. Roche et Sanson rapportent, dans leurs *Éléments de pathologie médico-chirurgicale,* qu'elles sont presque toujours incurables. Le silence des auteurs sur leur mode de traitement tendrait à faire croire qu'elles n'ont été, en tout cas, l'objet d'aucune intervention. Velpeau suppose plutôt que ses prédécesseurs, ayant échoué dans leurs tentatives, ont jugé inutile d'en informer le public. « Comme elles ne compromettent pas l'existence et qu'elles peuvent être couvertes par la cravate ou complètement fermées par un bouchon de linge, n'est-il pas plus probable encore que les malades se résignant, en général, à garder indéfiniment leur fistule, ont soustrait ainsi à l'art les occasions de s'en occuper. » Velpeau chercha à imiter en quelque sorte l'appareil autoplastique très simple dont usaient les malades, en remplaçant le bouchon de linge « par un bouchon de tissu sain qu'on introduit et qu'on maintient dans la fistule ». Voici son procédé :

1er temps. — « Le sujet est couché sur le dos, le chirurgien taille sur le devant du larynx, au-dessous de l'ulcère, un lambeau de tégument large d'un pouce et long de deux, suivant la longueur et la profondeur à fermer, coupe ce lambeau en écusson ou carrément par en bas, plus large en bas qu'en haut, le dissèque et le relève de l'extrémité libre vers la racine en renversant avec lui autant de tissu cellulaire que possible, sans dénuder le cartilage et procède au second temps.

2e temps. — « Ce second temps comprend l'avivement de la fistule et exige du temps et de la patience. Au lieu de l'effectuer en dédolant, il vaut mieux enfoncer d'abord la pointe du bistouri en dehors, sur un point du cercle à rafraîchir, afin d'en parcourir ensuite toute la circonférence, avant d'interrompre nulle part la continuité de la pellicule qu'on veut en détacher.

On excise ainsi une bandelette annulaire de tissus que la pince soutient successivement jusqu'à la fin par ses différents points, à mesure que l'instrument la sépare d'avant en arrière. Son bord profond ne devant être détaché qu'en dernier lieu, le sang s'échappe du côté de la peau. Ne pénétrant que peu ou pas dans la cavité laryngo-pharyngienne, le sang n'expose ni à la toux, ni à la suffocation. Il est d'ailleurs bon de faire que la plaie affecte la forme d'un cône on d'un entonnoir.

3e temps. — « Quand la plaie ne saigne plus, on passe au 3e temps, c'est-à-dire au placement du lambeau. Cette partie présente deux nuances assez tranchées :

1° « La fistule a plus d'étendue en travers que de haut en bas; on commence par mettre le lambeau en double et on le renverse sans le tordre. Sa surface cellulo-graisseuse étant seule libre, le chirurgien en engage le talon ou la partie moyenne dans la fistule. On passe alors de gauche à droite une longue aiguille qui traverse les lèvres de la plaie et tout le corps qui la remplit. Quelques sutures entortillées, compris quelques tours de bande, etc.

2° « Lorsque la fistule a son plus grand diamètre dans le sens vertical, ou qu'elle est circulaire, il suffit de rouler le lambeau, taillé, comme il est dit, sur sa face cutanée, et parallèlement à sa longueur, de manière à en former un cylindre ou un bouchon. L'opérateur la renversant ensuite, en plonge l'extrémité libre dans la fistule jusqu'à une certaine profondeur, et fixe comme précédemment, et tâche de ne laisser aucun vide entre les surfaces rafraîchies. Je n'ai encore eu que deux fois l'occasion de mettre cette méthode en pratique, il est vrai ; mais, dans les deux cas, le succès a été complet. »

Velpeau donne deux observations qui offrent entre elles la plus grande ressemblance. Nous ne donnerons donc que la première.

« Jeune homme, 28 ans, bien portant, eut la gorge coupée quatre mois avant son entrée dans mon service. Des points de suture, un bandage et la position fléchie de la tête mis en pratique, sur-le-champ, par M. Denis, chirurgien de Commercy, n'ont procuré qu'une réunion incomplète de la plaie. Lorsqu'il entre dans mon service, le 15 décembre 1832, les bords de la plaie sont isolément cicatrisés dans l'étendue d'environ six lignes. La tête relevée, le petit doigt pénétrait facilement dans la fistule. Dans cet état, il pouvait à peine se faire entendre; mais le menton abaissé, il retrouvait la voix et la parole. La déglutition des liquides causait plus de toux que celle des solides. La divi-

sion s'ouvrait immédiatement au-dessus de la glotte et au-dessous de l'épiglotte, fortement relevée par la racine de la langue.

« Je l'opérai le 22 du même mois par le premier procédé indiqué ci-dessus (voir : traitement, opération). La plaie ne s'est cicatrisée que très tard ; un abcès survenu en dehors s'est montré plusieurs fois depuis, mais n'a compromis en rien le succès de l'opération première. »

Velpeau a, d'autre part, longuement insisté sur la *trachéotomie*, dans son traité de médecine opératoire. Entrée dans les préoccupations théoriques, sinon pratiques, des chirurgiens, proposée contre le croup par Home, célébrée, dans ce but, par Bretonneau, le maître de Velpeau, vulgarisée par Caron et surtout par son condisciple Trousseau, cette opération ne pouvait manquer d'attirer particulièrement son attention.

Après avoir indiqué l'arsenal instrumental, il fixe soigneusement la position du chirurgien, celle de ses aides et l'attitude que doit prendre le malade. La tête de celui-ci ne sera pas trop renversée. « Verduc a fait voir qu'en l'inclinant trop en arrière, on rend la respiration plus difficile, remarque qui s'applique du reste à toutes les nuances de la bronchotomie. » L'incision des parties molles est comme dans Trousseau et les auteurs qui ont précédé celui-ci. Velpeau, une fois la ponction faite dans la trachée, n'attribue aucun avantage au choix, comme le recommandaient quelques-uns, du bistouri boutonné, pour continuer l'incision des cartilages. Il ne voit, en effet, pas beaucoup de danger à la blessure de la paroi postérieure du canal aérien, c'est-à-dire de l'œsophage. Si l'on a fait l'opération, non pour le croup ou pour toute autre obstruction laryngée, mais pour un corps étranger des voies aériennes, si celui-ci n'est pas chassé immédiatement au dehors entre les lèvres de la plaie par l'expiration, on tentera avec des pinces d'en faire l'extraction. Si le but du chirurgien est de créer à l'air une voie d'accès artificielle, il se préoccupera, au contraire, immédiatement de l'introduction de la canule usitée en pareil cas. Parfois, il sera bon, comme l'a fait Roux, de recourir à une sonde élastique placée dans la trachée et d'aspirer les liquides qui s'y étaient épanchés, s'il y a menace d'asphyxie.

La laryngotomie cricoïdienne nous intéresse ici davantage que la trachéotomie habituelle, parce qu'elle fait plus véritablement partie de la chirurgie laryngée proprement dite et qu'elle a été inventée justement dans la période que nous étudions. Velpeau s'y montre un peu plus original que précédemment.

Il indique les différentes variétés d'intervention : c'est la laryn-

gotomie cricoïdienne, la laryngo-trachéotomie, la laryngotomie thyroïdienne, la laryngotomie thyro-hyoïdienne de Malgaigne. Comme la description qu'en donne l'auteur ne vaut que par les remarques ou les modifications, secondaires du reste, qu'elle lui suggère chemin faisant, le mieux est de rapporter intégralement le passage où il est question de ces différentes interventions chirurgicales.

1° *Laryngotomie cricoïdienne.* — Voici les conseils de Velpeau. « Quand on veut ouvrir le bas du larynx, l'incision doit commencer à l'angle saillant du cartilage thyroïde et descendre un peu au-dessous du cricoïde, sans avoir cependant besoin d'être aussi longue que pour la trachéotomie. Le chirurgien coupe successivement ou d'un trait la peau, la couche sous-cutanée, ou l'aponévrose, sépare les muscles thyroïdiens, porte la pulpe de l'indicateur sur la membrane crico-thyroïdienne, tâche de sentir l'artère du même nom, la relève ou l'abaisse avec l'ongle, selon qu'il veut inciser au-dessus ou au-dessous, plonge son bistouri droit perpendiculairement dans la membrane en le dirigeant sur l'ongle d'un doigt, en tourne le tranchant en haut ou en bas, suivant que l'arcade artérielle a pu être repoussée d'un côté ou d'un autre et pratique une ouverture d'une dimension convenable. »

2° *Laryngo-trachéotomie.* — Très recommandée parce qu'elle présente des avantages que Boyer a fait ressortir (voir l'article consacré à cet auteur). Velpeau insiste sur ce fait que, pour transformer l'opération précédente en celle-ci, comme Duchâteau l'avait fait une fois, « on n'a besoin que de porter un bistouri boutonné à la place du bistouri droit et d'en agrandir la plaie de haut en bas en divisant le cartilage cricoïde et le premier anneau de la trachée sur la ligne médiane ».

3° *Laryngotomie thyroïdienne.* — « Le même instrument porté de bas en haut, exactement sur la ligne mitoyenne, pourrait tout aussi bien servir à séparer les deux moitiés du cartilage thyroïde, d'après l'idée de Desault. En supposant que, malgré toutes les précautions possibles, l'artère crico-thyroïdienne ait été tranchée et qu'elle puisse être cause, ce qui paraît difficile, d'une hémorragie inquiétante, on en ferait aisément la ligature à droite et à gauche, et je m'étonne qu'on se soit tant occupé d'un vaisseau de si peu d'importance.

« Le petit doigt, porté au fond de la plaie, va d'abord à la recherche du corps étranger et sert ensuite de conducteur aux pinces ou autres instruments, qu'il peut être utile de mettre en usage. Une fois qu'il est enlevé, on réunit immédiatement la solution de continuité et la guérison s'en opère en général très vite. »

4° *Laryngotomie thyro-hyoïdienne.* — « Après avoir mis la membrane thyro-hyoïdienne à nu sur la médiane par une incision d'environ deux pouces[1], il est moins difficile qu'on pourrait le penser, d'arriver aux cordes vocales supérieures, en la divisant en travers, au-dessous du cartilage qui lui donne attache. Le bistouri plongé dans ce point, de haut en bas et d'avant en arrière, traverse la racine de l'épiglotte, tombe aussitôt dans le larynx, en frayant au doigt ou aux pinces une voie qu'on élargit à volonté, et qui permet de parcourir toute la glotte, sans altérer en rien, ni les rubans vocaux, ni les cartilages... »

1. Cette opération proposée par Malgaigne (voir l'article consacré à cet auteur) avait été exécutée sur le vivant par Roux pour un rétrécissement laryngé (voir l'article consacré à cet auteur).

XII. — VIDAL DE CASSIS



L'auteur a consacré aux maladies chirurgicales du larynx et de la trachée, la section vingt et unième de son Traité. D'une érudition étendue, excellent praticien, il se distingue, dans la description qu'il donne de ces affections, sinon par une grande originalité, du moins par la sûreté et l'étendue de ses informations, ainsi que par un esprit clinique indiscutable.

Le paragraphe qui a trait aux *plaies du larynx* est un peu court, et il s'en excuse, rappelant que celles-ci ont déjà été esquissées à propos des traumatismes du cou. Il y aurait toujours sortie de l'air, quand la cavité de l'appareil phonateur est ouverte, avec hémorragie externe ou interne concomitante, ou toutes les deux à la fois. La disposition des parties, le manque de parallélisme des bords de certaines blessures par instruments piquants expliqueraient la fréquence de l'emphysème du tissu cellulaire de la région. Quand le sang remplit les canaux aériens, on pourrait parfois éviter l'asphyxie en l'aspirant, comme le fit une fois avec succès le célèbre Roux. Parfois aussi, malgré des lésions très graves, comme dans le cas du forçat rapporté par Raynaud, de Toulon, la voix pourrait être conservée, bien que l'organe ne communiquât plus avec le pharynx. Quand la solution de continuité est large, la cicatrisation présenterait souvent des difficultés. Si le malade fléchit trop la tête, les bords de la blessure se renverseraient en dedans et, les deux surfaces épidermiques se touchant, la réunion serait impossible. D'un autre côté, si la tête n'est pas assez inclinée en avant, la solution de continuité resterait béante, et toute disposée à s'enflammer. Quand ses bords sont mâchés, il serait bon d'aviver avant de réunir.

L'étude des *corps étrangers* a reçu de tout autres développements ; mais il faut remarquer que l'auteur ainsi que les écrivains contemporains englobe dans une même étude les

corps étrangers du larynx et ceux de la trachée, dont nous les distinguerons chemin faisant.

La provenance est indiquée tout au long. En outre de l'arrivée par l'orifice supérieur de l'appareil vocal, Vidal insiste avec complaisance sur des introductions tout à fait exceptionnelles, par une plaie du cou, par l'orifice inférieur de l'organe (corps provenant des bronches). Enfin, le point de départ serait parfois le larynx lui-même (portions de cartilage nécrosées, etc.). La nature des corps étrangers pourrait être solide ou liquide (ex. pus écoulé dans le larynx) et, à propos de ces derniers, Vidal de Cassis entre dans une assez longue discussion, où il cite non seulement les vomiques bronchiques, mais l'eau de l'amnios, le liquide d'une grenouillette. Peu importante quand elle est modérée, la collection liquide pourrait asphyxier rapidement dans le cas contraire. Sa présence se révélerait par un râle muqueux assez fort. Une longue énumération montre combien divers peuvent être les corps étrangers solides de la région. Leur consistance, leur volume, leur forme varieraient étrangement. Presque toujours, ils s'introduiraient pendant une inspiration brusque et assez vive, provoquée, par exemple, par la surprise. Les corps lisses seraient, contrairement aux corps anguleux et pointus, sujets au déplacement. La suffocation, une toux violente, rude, constitueraient les principaux symptômes. Suivant l'auteur, le corps étranger est d'autant plus facilement chassé par le courant d'air expiratoire qu'il siège plus bas. « L'explication satisfaisante de ce fait est encore à trouver. » L'anxiété du malade serait considérable. Parfois, il y aurait expuition couenneuse et sanguinolente, s'il y a blessure de la muqueuse. Dans ce cas, on pourrait constater également de la dysphagie. En général, il y aurait des périodes de calme plus ou moins complet, et des accès de toux avec spasme laryngé. Quelquefois, l'accès a été assez violent pour forcer les bronches et amener un emphysème du tissu cellulaire thoracique et même cervical. Si le corps est petit, il se cacherait souvent dans le ventricule et deviendrait ainsi invisible. Fixé entre la glotte, il déterminerait rapidement une asphyxie plus ou moins complète. Quand il s'agit d'un corps étranger pointu, immobilisé à l'orifice supérieur du larynx, on pourrait arriver à déceler sa présence par le toucher digital, comme le fit Dupuytren à propos d'une arête de poisson (*Journal hebdomadaire*, t. VII, p. 46). Quelquefois le malade indiquerait parfaitement avec la main le siège du corps étranger ; car il existerait à ce niveau une douleur constante ; il serait rare que ce phénomène manque, quand les autres symptômes sont absents. Le bruit de grelot est signalé

d'après Boyer, qui l'aurait observé chez une fillette de cinq ans ayant avalé une perle. Le diagnostic devrait être considéré comme fort difficile dans beaucoup de cas, surtout quand les anamnestiques manquent de précision. Quant au pronostic, le corps étranger, en outre des phénomènes asphyxiques, pourrait déterminer des abcès ou même de la périchondrite nécrosante. Pour remédier au mal, Vidal de Cassis ne connaît guère que la trachéotomie, qu'il faut, dit-il, faire de bonne heure, pour ne pas s'exposer à des changements désavantageux de siège du corps étranger, sans se laisser leurrer par les accalmies trompeuses de la symptomatologie.

Les paragraphes consacrés à la *laryngite grave* et à l'*œdème de la glotte* sont courts et manifestement calqués sur ceux des traités de pathologie interne de l'époque. Nous les passerons donc sous silence; mais nous devons examiner plus attentivement celui consacré à la *nécrose des cartilages du larynx*, bien que les emprunts à Cruveilhier soient nombreux et évidents. L'auteur signale la phtisie laryngée comme facteur étiologique principal. A ce propos, l'écrivain cite longuement un passage correspondant emprunté à la monographie de Trousseau et Belloc. Le plus souvent, il y a ossification préalable ; mais la mortification pourrait être produite d'emblée au cours de fièvres graves (Sédillot). Parfois un cartilage tout entier, tel que le cricoïde (J. Franck), s'éliminerait d'emblée. S'il y avait trajet fistuleux, on agrandirait celui-ci pour se mettre à la recherche du séquestre et extraire ce dernier ; sinon, on fera, dit Vidal de Cassis, la trachéotomie, en cas d'accidents sérieux, puis on explorera attentivement l'intérieur du larynx pour reconnaître la cause des accidents.

La description que l'auteur donne de la *carie* est assez intéressante. Il distingue nettement l'exulcération de l'ulcération proprement dite. L'une ne proviendrait pas de l'autre, ainsi qu'on serait tenté de le croire. L'érosion serait produite par le contact irritant du pus. Elle siégerait surtout à la partie postérieure de l'organe.

« L'*ulcération* a des bords évidemment plus élevés que la surface dénudée. On l'observe sur tous les points du larynx, quelquefois elle l'envahit en entier : cordes vocales, ligaments aryténo-épiglottiques, membrane muqueuse de l'épiglotte, tout est ulcéré. Le plus souvent, on peut constater que l'ulcération a commencé par la membrane muqueuse. Quelquefois la perte de substance de la muqueuse est consécutive à un abcès formé dans le tissu cellulaire qu'elle recouvre, ou bien c'est une maladie du cartilage qui fait le fond de l'ulcère. Comme on le voit,

l'ulcération se lie à différentes affections du larynx; elle a nécessairement des rapports avec la carie, la nécrose, l'ossification des cartilages. Le vice scrofuleux, surtout le vénérien, doit jouer un grand rôle dans sa production : aussi le traitement devra-t-il être basé sur les moyens avec lesquels on combat ordinairement ces vices.

« La carie des cartilages du larynx est moins fréquente qu'on ne le suppose généralement; l'erreur vient de ce qu'elle est souvent confondue avec la nécrose, affection moins rare que la carie. M. Trousseau dit avoir souvent vu la carie dans les anneaux cartilagineux de la trachée-artère, jamais dans le cartilage cricoïde, une fois dans le thyroïde, trois fois dans les aryténoïdes, une fois dans l'épiglotte.

« Dans la carie, on voit ordinairement l'ulcération commencer par la membrane muqueuse; les progrès en profondeur sont rapides; bientôt le tissu sous-muqueux est pris; en peu de mois, quelquefois en peu de semaines, le périchondre et les cartilages sont ulcérés. Cette spécialité dans la marche de la carie tient aux rapports constants de cette affection avec la phtisie pulmonaire, maladie qui dispose tant à l'ulcération.

« Le cartilage carié offre une grande vascularisation; on voit que le fond de l'ulcération jouit d'une vie très active, et il est parsemé de villosités. La carie peut s'étendreen superficie et en profondeur au point de détruire complètement l'épiglotte, les cartilages aryténoïdes; elle peut perforer le cartilage thyroïde. Les tissus extérieurs à ce cartilage participent quelquefois à son affection; ils sont aussi ulcérés, la peau s'amincit, rougit et se divise. Il y a alors une vraie fistule aérifère. Un fait analogue est consigné dans la clinique médicale de M. Andral.

« Je ne décrirai pas ici les lésions fonctionnelles produites par de pareilles altérations du larynx; car, comme je l'ai dit, je n'ai pas à faire toute l'histoire de la phtisie laryngée. Je ferai remarquer seulement que quelquefois il survient des menaces d'asphyxie, l'asphyxie elle-même, par le gonflement œdémateux des lèvres de la glotte ou des ligaments aryténo-épiglottiques. C'est un accident, mais, avant d'opérer, on devrait suivre la méthode de traitement que j'ai employée trois fois avec le plus grand succès : une fois en ville, une fois à la Charité, une fois à Lourcine. On sait que cet hôpital est desservi par un médecin et deux chirurgiens. Le médecin qui faisait alors le service (fin de 1839) avait dans ses salles une malade qui souffrait de la gorge; elle fut prise d'accès de suffocation qui firent craindre l'asphyxie. Elle passa une nuit entière continuellement mena-

cée par la mort. Le lendemain, le médecin me fit appeler pour pratiquer la laryngotomie ; déjà l'opération avait été proposée à la malade, et mon confrère ne voyait plus que ce moyen pour lui sauver les jours. Je fus cependant de l'avis de tenter, avant d'en venir à cette opération dangereuse, des vésicatoires nombreux. Un grand fut appliqué sur la région antérieure du cou, puis un à chaque cuisse, un à chaque jambe. Ces vésicatoires prirent avec une grande rapidité et ils amenèrent peu à peu la respiration à son état normal. Il se fit une expectoration très abondante de mucosités très épaisses et filantes. A l'hôpital de la Charité, c'était un homme âgé de quarante ans ; je fus obligé de joindre aux vésicatoires des éméto-cathartiques. Comme on le pense bien, ni les vésicatoires, ni les éméto-cathartiques ne guériront une carie, ni une ulcération profonde du larynx ; mais ils pourront combattre les accidents de ces affections, accidents causés par l'œdème de la glotte. Dans les cas rares où un œdème est essentiel, ou bien quand la lésion qui l'a produit a disparu, on peut, en faisant couler par la peau une grande quantité de sérosité, dégorger les lèvres de la glotte et sauver un malheureux menacé d'asphyxie. Mais il faut pour cela que les vésicatoires soient nombreux, grands et appliqués tous en même temps.

« Quant aux ulcérations et à la carie, après avoir agi contre le principe morbifique sous l'influence duquel elles se sont fermées, on pourrait leur appliquer la cautérisation, soit avec les acides concentrés, soit avec la pierre infernale. Mais pour cautériser avantageusement, il faut d'abord faire la bronchotomie. »

Pour *les fistules aérifères* du larynx, sur une variété desquelles Velpeau a attiré spécialement l'attention [1], Vidal de Cassis admet un mode de formation de dehors en dedans (plaie du cou mal cicatrisée) et un autre de dedans en dehors (à la suite d'une carie ou d'une nécrose des cartilages). L'air s'échappant au niveau de la peau de la région sous-hyoïdienne, le courant d'air qui fait vibrer les cordes vocales étant sans force, la voix serait plus ou moins éteinte; quelquefois même il y aurait aphonie complète, « ce qui dépend du siège et de la grandeur de la fistule ». Le traitement devrait être celui des fistules en général, c'est-à-dire qu'il faut oblitérer le canal anormal et rétablir le trajet normal. Certains cas devraient d'ailleurs être laissés aux forces de la nature, quand le trajet est d'un petit calibre et prolongé avec une direction

1. Voir le paragraphe consacré à cet auteur.

oblique[1]. Le grand obstacle dans le traitement des fistules traumatiques serait, suivant l'auteur, le rétrécissement de la glotte, sténose qui aurait une tendance inévitable à se reproduire[2].

L'article sur la *bronchotomie* est très développé et comprend, comme indications, toutes les causes capables un moment d'obstruer le larynx. On devrait donc la pratiquer dans certaines plaies contuses, telles que celle dont parle Habicot, pour l'extraction des corps étrangers amenant des spasmes ou des accidents inflammatoires dangereux. « Ce sont eux qui offrent les indications les plus formelles de la bronchotomie; elle est alors pratiquée dans les meilleures conditions possibles. » En effet, l'opération n'est ni aussi simple, ni aussi assurée du succès, dans le croup, dans les cas d'abcès profond du cou, d'œdème de la glotte, de carie ou de nécrose des cartilages laryngés, de polypes et même de cancers ; cette indication reste surtout théorique, étant donné l'état incertain du diagnostic, tant que cette tumeur maligne reste opérable. On pourrait aussi y recourir dans l'asphyxie par immersion, tout en ne généralisant pas la méthode anglaise. Samuel Cooper la préférait à l'introduction dans le larynx d'une sonde en gomme élastique (tubage).

Procédés. — Sous le nom unique de bronchotomie, Vidal de Cassis distingue non seulement la trachéotomie et la laryngotomie, mais encore l'incision qu'il appelle sus-laryngée et que Malgaigne avait préconisée. L'ouverture du conduit aérifère pourrait être extemporanée, d'un seul coup, ou se faire classiquement, lentement, couche par couche. Comme on le voit, les méthodes actuelles existaient déjà de son temps.

« La bronchotomie peut être exécutée d'un seul coup avec un trocart. Cette manière a été préconisée par Dekkers, Bauchot, Sanctorius, et, dans ces derniers temps, par M. Collineau. On traverse d'un seul coup et la peau et la paroi antérieure du conduit aérifère ; le trocart sera droit ou courbe, à tige forte et aplatie, contenu dans une canule ayant des dispositions analogues. Je représenterai bientôt cet instrument. » L'exécution serait ainsi beaucoup plus prompte, puisque l'opération ne se composerait que d'un temps bien rapide pendant lequel la canule même se trouverait placée. Cette canule, appliquée immédiatement sur les lèvres de la plaie, empêcherait l'hémorragie et la chute du sang dans le conduit aérifère.

1. Il s'agit des fistules congénitales.
2. Voir l'article consacré à Roux et celui consacré à Chassaignac.

« Cette méthode ne peut guère être employée que pour l'ouverture de la trachée ; on lui reproche la blessure de la paroi postérieure de ce canal ; un peu d'embonpoint, du gonflement, de l'œdème ou de l'emphysème au cou rendront difficile son exécution, car il faut, avant tout, fixer invariablement le canal qu'on veut ouvrir; or, on ne le peut rarement à ce point. D'un autre côté, les mouvements de déglutition élevant et abaissant le conduit aérifère, les rapports de son ouverture avec la plaie de la peau changent; de là, des tiraillements dans les chairs, des déplacements de la canule, etc. ; aussi, le trocart a été presque généralement abandonné ; on préfère exécuter cette opération en divisant d'abord la peau et le tissu cellulaire ; on écarte ensuite les muscles, on les coupe quelquefois, on écarte les vaisseaux, on en divise aussi ; mais alors, s'ils sont importants, on les lie immédiatement. » Le traumatisme des gros vaisseaux et la pénétration de l'air dans les veines auraient d'autant plus de tendance à se faire que l'incision serait faite à un niveau plus inférieur.

« Plus l'incision sera supérieure et plus elle se rapprochera de l'os hyoïde, moins il y aura de craintes pour l'hémorragie et plutôt le conduit sera découvert.

« En descendant vers la poitrine, le conduit aérifère devient toujours plus profond et s'entoure de vaisseaux dont le nombre, la disposition ne peuvent pas toujours être prévus ; quelquefois on tombe sur un lacis veineux que la gêne de la respiration développe extraordinairement ; si on le divise, on peut être fort inquiété par le sang qu'il fournit.

« Dupuytren conseille d'exhorter alors le malade à respirer largement ; mais que peuvent ces exhortations, quand l'obstacle à la respiration existe toujours ? Mieux vaut alors ouvrir promptement et largement la trachée et faire tenir le malade sur son séant, ou même lui faire pencher la tête en avant pour que le sang ne tombe pas dans le conduit aérifère. Si cet accident arrivait, on imiterait M. Roux : on aspirerait le sang avec une canule, une sonde de femme, une sonde de gomme élastique ; ou bien même, l'opérateur appliquerait ses lèvres sur la plaie pour faire encore mieux le vide. »

Voici ce qu'il dit à propos de la bronchotomie pour corps étrangers et quelle est sa technique. « Quand c'est pour l'extraction d'un corps étranger qu'on a ouvert le canal aérifère, une fois l'élimination faite, l'opération est terminée, il n'y a qu'un pansement très simple à appliquer. Mais le corps étranger ne se présente pas toujours, à l'instant, à l'ouverture qu'on vient de pra-

tiquer : on a vu, par exemple, un haricot resté en face de la bifurcation des bronches ne pouvoir être expulsé par un enfant affaibli, lequel succomba pendant que le chirurgien courait chez un coutelier pour se procurer des pinces nécessaires à l'extraction du corps étranger.

« Il faut donc avoir de petites pinces courbes avec lesquelles on puisse aller à la recherche du corps étranger du côté des bronches, puis vers les ventricules du larynx. Après avoir ouvert la trachée pour l'extraction d'un corps étranger, M. Rigal, de Gaillac, fut obligé d'employer un moyen d'expulsion fort ingénieux.

« Le corps étranger était logé dans les ventricules du larynx ; M. Rigal passa par la plaie de la trachée une sonde courbe et solide qui servait de mandrin à une sonde élastique ouverte à ses deux extrémités. Quand le bec de la sonde-mandrin fut parvenu par la plaie à la hauteur du larynx, d'une main le pavillon fut fixé, tandis que l'autre main poussa vivement la sonde de gomme élastique vers le haut du larynx et le corps étranger qu'il contenait fut poussé dans la bouche et fut peu après complètement expulsé. On ne prolongera pas trop ces manœuvres qui pourraient fatiguer le malade. Il vaut mieux, après quelques tentatives, chercher à maintenir ouverte la plaie du conduit aérifère ; il n'est pas rare qu'à un second pansement, on trouve le corps étranger sur les pièces d'appareil ; il y est porté par un effort d'expiration. »

Voici de quelle façon Vidal de Cassis décrit le *procédé sus-laryngien* qu'il avait inventé en même temps que Malgaigne :

« Je démontrai, dans les amphithéâtres de la Charité, une opération qui consistait : 1° à diviser transversalement la membrane thyro-hyoïdienne en rasant le bord inférieur de l'os hyoïde ; 2° à s'arrêter après la section de la membrane fibreuse ; 3° alors, avec un petit stylet, on devait écarter les mailles du tissu cellulaire qui la sépare de la muqueuse afin de donner issue au pus ; 4° si celui-ci n'existait pas ou n'était pas encore formé, l'incision qu'on venait de pratiquer servait de débridement et de saignée locale, ce qui pouvait très bien empêcher la suffocation. Jusque-là, la plaie que je produisais n'était pas pénétrante ; c'était une plaie parfaitement simple ; 5° si les accidents persistaient, je conseillais de rendre la plaie pénétrante afin de mettre les lèvres de la glotte à découvert pour l'explorer et agir sur elle au besoin ou en les comprimant ou en les scarifiant.

« On peut aussi, par ce procédé, extraire les corps étrangers engagés entre les lèvres de la glotte ou retenus dans les ventri-

cules du larynx. Mais je ne songeai point à cet avantage de mon procédé, je ne l'avais imaginé que pour le traitement de l'œdème de la glotte.

« Voilà franchement l'origine de la bronchotomie sus-laryngienne. J'en parlai à Velpeau qui me demanda une note pour l'insérer dans son livre de médecine pratique.

« Ce que je dois surtout faire remarquer, c'est qu'en faisant une incision au-dessous de l'os hyoïde, on ne lèse rien d'essentiel ; en longeant le bord inférieur de cet os, on laisse au-dessous de l'incision la veine et l'artère laryngiennes supérieures et le nerf laryngé qui suit ces vaisseaux. »

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

DES

AUTEURS ÉTUDIÉS DANS CET OUVRAGE

A. — MÉDECINS

ANDRAL. — Précis d'anatomie pathologique. Paris, 1829, 3 volumes in-8.
— Clinique médicale. Paris, 1824-1827, 3 volumes in-8 et 4e édition 1840, 5 volumes in-8.
— Cours de pathologie interne. Paris, 3 vol. in-8 et 2e édition 1848, 3 volumes.

BARTH. — Mémoire sur les ulcérations des voies aériennes. *Archives générales de médecine*, 1839.

BAYLE. — *Dictionnaire des sciences médicales*, article : Glotte (œdème). 1817.

BLACHE. — *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, article : Larynx. Paris.

BOUILLAUD. — Nosographie médicale, 5 volumes in-8. Paris, 1846.
— *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, art. : Œdème.
— *Archives générales de médecine*, 1re série, 1825, t. VII.

BROUSSAIS. — Cours de pathologie et de thérapeutique générales. Paris 1833-1835, 3 vol. in-8.

CAYOL. — Recherches sur la phtisie trachéale. Thèse de Paris, 1810.

COLLARD (ROYER-). — *Dictionnaire des sciences médicales*, article : Croup, Paris.

CRUVEILHIER. — *Dictionnaire en 15 volumes*, article : Larynx.

GRISOLLE. — Pathologie médicale. Paris, 1843, 2 vol.

GUERSANT. — *Dictionnaire de médecine*, article : Croup. Paris.

HARDY et BÉHIER. — Traité élémentaire de pathologie interne. Paris, 1855, 3 volumes in-8.

LOUIS. — Recherches anatomico-pathologiques sur la phtisie. Paris, 1825; 2e édition. Paris, 1843, in-8.

MONNERET et DELABERGE. — Compendium de médecine pratique. Paris 1836-1847, 8 volumes in-8.

RILLIET et BARTHEZ. — Traité clinique et pratique des maladies des enfants, 1843, 3 volumes in-8.

SESTIER. — Traité de l'angine laryngée œdémateuse. Paris, 1852.

TROUSSEAU et BELLOC. — Traité pratique de la phtisie laryngée. Paris, 1837.
TROUSSEAU. — Cliniques de l'Hôtel-Dieu. Paris, 1855.
VALLEIX. — Guide du médecin praticien. Paris, 1842.
— Œdème de la glotte. *Mémoires de l'Académie de médecine*, 1845.

B. — CHIRURGIENS

BOYER. — Traité des affections chirurgicales et des opérations qui leur conviennent. Paris, 11 volumes, 5e édition. Paris, 1844 et 1853.
CHASSAIGNAC. — Société de chirurgie, 1859.
DESAULT. — Œuvres chirurgicales publiées par Bichat, t. II.
DUPUYTREN. — Cliniques chirurgicales (Leçons orales, etc.), t. III, Paris, 1833.
— *Gazette médicale des hôpitaux*. Paris, 1831, t. VI.
LARREY. — Clinique chirurgicale, t. IV.
LISFRANC.— Mémoire sur l'angine laryngée œdémateuse. *Journal général de médecine*, 1823, t. LXXXIII.
MALGAIGNE. — Traité de médecine opératoire.
— Traité des fractures et des luxations.
NÉLATON. — Traité de chirurgie.
PELLETAN. — Clinique chirurgicale, t. I.
ROUX. — Société de chirurgie, 1859.
VELPEAU. — *Comptes rendus de l'Académie des sciences*, 1833.
— Traité de médecine opératoire.
VIDAL DE CASSIS. — Traité élémentaire de chirurgie.

INDEX DES TRAVAUX DE L'ÉPOQUE

SUR

LA PATHOLOGIE LARYNGÉE

Traités et monographies sur le larynx.

Cheyne. — The pathology of the membrane of the larynx and trachea. Edinburgh, 1809.

Albers. — Die Pathologie and Therapie der Kehlkopfskrankheiten. Leipzig, 1829.

Bennati. — Recherches sur les maladies qui affectent les organes de la voix humaine. Paris, 1832.

Vidal de Cassis. — Diagnostic différentiel des diverses espèces d'angine. Thèse d'agrégation. Paris, 1832.

Colombat. — Traité des maladies des organes de la voix. Paris, 1834.

Ryland. — A treatise on the diseases and injuries of the larynx and trachea. London, 1837.

Hastings. — Diseases of the larynx and trachea. London, 1850.

Dufour. — Essai sur le diagnostic spécial et différentiel des maladies de la voix. Paris, 1851.

Green. — A treatise on the diseases of the air-passages. New-York, 1855.

Flint. — Exploration and diagnosis of the diseases affecting the respiratory organs. Philadelphia, 1856.

Inflammation catarrhale du larynx.

Blache. — *Dictionnaire de médecine pratique*, article : Larynx.

Cruveilhier. — *Dictionnaire en 15 volumes*, article : Larynx.

Albers. — Die Pathologie und Therapie der Kehlkopfskrankheiten. Leipzig, 1829.

Franck. — Praxeos medicæ universæ præcepta, 1833.

Colombat. — Traité des maladies qui affectent les organes de la voix. Paris, 1834.

Monneret et Delaberge. — Compendium de médecine pratique. Paris, 1836-1847.

Ryland. — A treatise of the larynx and trachea. London, 1837.

Valleix. — Guide du médecin praticien. Paris, 1842.

Grisolle. — Pathologie médicale. Paris, 1843.

Bouillaud. — Nosologie médicale. Paris, 1846.

Andral. — Traité d'anatomie pathologique et cours de pathologie interne rédigé d'après les leçons du professeur par Latour. Paris, 1848.

Hastings. — Diseases of the larynx and trachea. London, 1850.

Hardy et Behier. — Traité élémentaire de pathologie interne. Paris, 1855.

Laryngites graves et laryngo-typhus.

FLORMANN. — Von einer in Eiterung übergehenden Halsentzundung *in* Sammlung unerlesencn Abhandlungen, IXe vol.

HAWKINS. — *London méd. and phys. Journ.*, 1823.

LOUIS. — Observation d'inflammation simple de l'épiglotte. *Lanc. med. de Paris*, 1832.

MILLER. Mémoire sur la laryngite purulente, *Archiv, gén. de méd.*, 1833.
— Nécrose du larynx chez un enfant de 21 mois. *Bul. gén. de thérap.*, 1833.

CONSTANT. — Laryngite aiguë simulant le croup. *Gaz. méd. de Paris*, 1834.

MAC ADAM. — *London medical and surgical Review*, 1835 et 1841.

MONNERET et DELABERGE. — Compendium de médecinc pratique. Paris, 1836-1847.

TRAVERS-BLACKLEY. — *Dublin Journ.*, 1838.

VALLEIX. — Guide du médecin praticien. Paris, 1842.

RILLIET et BARTHEZ. — Traité clinique et pratique des maladies des enfants, 1843.

BARTHEZ. — Laryngite nécrosante. *Union méd.*, 1850.

Laryngite syphilitique.

ALTENHOFER. — *Russische Sammlung für Naturwissenschaften und Heilkunde*, vol. I, fasc. 1.

THOMAN. — *Annales Institut. méd. clin.* Wirceburg, t. I.

MORGAGNI. — Epistola, XXII et XLIV, 1744.

LEPINE (Ch.) — Dissertation sur la phtisie laryngée. Thèse de Paris, 1816.

DARDARE. — Syphilis laryngée. Thèse de Paris, 1817.

SIGAUD. — Recherches sur la syphilis laryngée. Thèse de Strasbourg, 1819.

CHANNING. — A case of syphilitic ulcer of the larynx. *New. England journal of medecine and surgery*. Boston, 1823.

HAWKINS. — *The London and physical journal*, 1823; analyse in *Archives générales de médecine*, 1824.

ALBERS. — Die Pathologie and Therapie der Kehlkopfskrankheiten, 1828.

RAMSBOTHAM. — Histoire of a case of chronic cynanche of larynx im exulcerate stage appearing the consequence of syphilis. *Journal of microscop. anatomie*, 1828.

FLETSCHER. — Erstickung in Folge eines vencrischen Geschwürs im Halse. Klinische Handbibliothek. Weimar, 1832.

FRANK. — Praxeos medicæ universæ præcepta, 1833.

BARTH. — Syphilis du larynx, dyspnée, laryngitisme, mort. *Bull. soc. anat.*, 1835.

MONNERET et DELABERGE. — Compendium de médecine pratique. Paris, 1836-1847.

POURDON. — Trachéotomie in syphilitic ulcer of the larynx. *Dublin medical journal*, 1836.

TROUSSEAU et BELLOC. — Traité pratique de la phtisie laryngée, p. 114 et 222. Paris, 1837.

BARTH. — Mémoire sur les ulcérations des voies aériennes. *Archives générales de médecine*, juin 1839.

BEAUMÈS. — Précis théorique et pratique sur les maladies vénériennes. Paris et Lyon, 1840.

Burschik. — Syphilis Laryngosténose in Weitenweber neue Beiträge zur Medicin and Chirurgie. Prague, 1842.

Carmichael. — Clinical lectures on venereal diseases. Dublin, 1842.

Gamberini. — Storia di laryngotrach. syph. *Boll. sc. med.* Bologna, 1842.

Valleix. — Guide du médecin praticien. Paris, 1842.

Morehead. — Syphilitic ulcer of the throat. *Trans of the med. soc. Bombay*, 1843.

Raynaud. — Bons effets de l'iodure de potassium dans un cas d'œdème de la glotte de nature syphilitique. *Bulletin général de thérapeutique.* Paris, 1843.

Oppolzer. — Erfahrungen über Kehlkopfsverengerung. *Prager Vierteljahrsschrift*, 1844.

Andral. — Clinique médicale, t. IV, p. 197. Paris, 1848.

Klemm. — Syphilis des Kehldeckels. *Arch. für Heilkunde*, 1848.

Waller. — Die syphilitische Krankbeitsprocess in der Schleimhaut der Luftwegen. *Prager Vierteljahrschrift*, 1848.

Corfe. — Syphilitic disease of the larynx, *Med. Times*, 1848.

Suchaneck. — Die syphilitische Process an den Schleimhaut der Mund, Nasen und Rachenhöhle. *Prager Vierteljahrschrift*, 1849.

Nélaton. — *Gazette des hôpitaux*, 1850.

Rheiner. — Uber die Ulcerationsprocess in Kehlkopfe. *Virchows Arch.*, vol. V, 1853.

Michaelis. — *Wochenblatt der KK. Gesellschaft der Aertze*, Wien, 1855.

Œdème de la glotte.

Thuillier. — Essai sur l'angine laryngée œdémateuse. Paris, 1815.

Lawrence. — *Med. chir. Transact.*, 1815.

Bayle. — Mém. sur l'œdème de la glotte. Paris, 1819.

Patissier. — Angine laryngée œdémateuse avec abcès du cricoïde. *Rev. méd.*, 1820.

Barth. — Angine œdémateuse chez une jeune fille. *Arch. gén. méd.*, 1re série, 1824.

Bouillaud. — *Arch. gén. de méd.*, 1825.

Goedere. — *London med. and phys. Journal*, juil. 1826.

Lisfranc. — Mém. sur l'angine laryngée œdémateuse. *Journ. gén. de méd.*, 1827.

Castellat. — Observation d'œdème de la glotte, *Journ. hebd. de méd.*, 1829.

Trousseau. — *Journ. des connaiss. médico-chirur.*, 1836.

Aussandon. — Angine œdémateuse suffocante. *Lanc. méd. franç.*, 1838.

Legroux. — *Journ. des connaissances méd. chir.*, 1839.

Bricheteau. — *Arch. gén. de méd.*, 1841.

Hasse. — Anatomische Beschreibung der Krankheiten der Respirationsorgane. Leipzig, 1841.

Barrier. — *Journ. des conn. médic. chir.*, 1844.

Benoit. — *Journ. de méd. de la soc. de Montpellier*, 1844.

Fleury. — De l'angine laryngée œdémateuse. *Journ. de méd.*, 1844.

Valleix. — Mém. sur l'œdème de la glotte. *Mém. de l'Acad. de méd.*, 1845.

Delasiauve. — De l'angine laryngée œdémateuse. Paris, 1845.

Legroux. — *Bull. gén. de thérap.*, 1846.

Charcellay. — *Bull. de thérap.*, 1849.

Bartlett. — The history, diagnosis and treatment of the œdematous laryngitis. London, 1850.
Dauvergne. — *Gaz. méd. de Paris*, 1852.
Sestier. — Traité de l'angine laryngée œdémateuse. Paris, 1852.
Bendz. — Ueber Glottisoedem. *Hospital meddelelser*, 1853.
Middeldorp. — *Jahresbericht der schlesichen Gesellschaft*, 1853.
Duval. — *Gaz. des hôp.*, 1854.
Vade. — *Lancet*, juil. 1855.
Berger. — *Preussische Vereinzeitung*, 1855.
Plessa. — De l'œdème du larynx. Thèse de Paris, 1855.
Pitha. — Œdema glottitis. *Prager Viertetjahrschrift*, 1857.
Burggroeve. — *Ann. de la soc. de méd. de Gand*, 1858.
Kremling. — *Deutsche Klinik*, 1858.

Phtisie laryngée.

Morgagni. — Epistola, XV, sect. 13.
Double. — Mémoire de la société de médecine, 1806.
Laignelet. — Recherches sur la phtisie laryngée. Thèse de Paris, 1806.
Sauvee. — De la phtisie laryngée. Thèse de Paris, 1808.
Cayol. — Recherches sur la phtisie trachéale. Thèse de Paris, 1810.
Papillon. — Du larynx et de la phtisie laryngée. Paris, 1812.
Bedingfield. — Cases of ulceration of the larynx. *London medical repository*.
Sachse. — Beiträge zur genaueren Kenntniss des Kehlkopfs and Luftrohrenschwindsuchten. Hannover, 1821.
Pravaz. — De la phtisie laryngée. Thèse de Paris, 1824.
Borsieri. — Institutiones medicinæ praticæ, 1826, t. VI, cap. 57.
Glede. — De la phtisie laryngée. Berolini, 1828.
Franck. — *Praxeos medicæ universæ præcepta*, 1833.
Cruveilhier. — *Dictionnaire en 15 volumes*, article : Larynx, 1834.
Thompson. — Chronic laryngitis. *Lancet*, t. I, 1834.
Trousseau et Belloc. — Traité pratique de la phtisie laryngée. Paris, 1837.
Barth, — Mémoire sur les ulcérations des voies aériennes. *Arch. gén. de méd.*, 3e série, t. V, 1839.

Rétrécissement du larynx.

Morgagni. — Epître 14, cap. 23.
Saucerotte. — Rétrécissement du larynx présumé d'origine vénérienne. *Bulletin général de thérapeutique*, 15 juillet 1832.
Oppolzer. — Erfahrungen über die Kehkopfsverengerungen. *Prager Vierteljahrschrift*, 1854.
Chassaignac. — Société de chirurgie, 1859.
Roux. — Société de chirurgie, 1859.
Raynaud, de Toulon. — *Journ. hebd. universel*, t. III.

TABLE ANALYTIQUE

(*Voir aussi pour chacune des affections du larynx l'introduction du tome Ier, p. 31 et suivantes.*)

Anatomie du larynx. — Étudiée exclusivement par les anciens chez les animaux, p. XIII. — Étendue des notions anatomiques sur le larynx dans les écrits de Galien, p. XIII. — Cartilage aryténoïde regardé comme unique par le médecin de Pergame, p. XIII. — Richesse glandulaire attribuée par Galien au larynx, p. XIV. — Vésale n'aurait disséqué que des larynx d'animaux; il n'a rien publié d'important sur cet organe, p. XIV. — Fallope prouve la dualité des cartilages aryténoïdes, p. XIV. — Realdo Colombo décrit convenablement la partie inférieure du muscle thyro-aryténoïdien, p. XIV. — Eustachi étudie les fibres en sautoir du muscle ary-aryténoïdien, p. XIV. — Fabrice d'Aquapendente signale après Galien les ventricules du larynx et fait des recherches intéressantes sur le muscle thyro-aryténoïdien, p. XV. — Morgagni attribue à la masse graisseuse de l'épiglotte une nature glandulaire, mais découvre les glandes aryténoïdiennes. Il semble aussi avoir aperçu le cartilage de Wrisberg. Quant aux ventricules, il n'a fait que perfectionner la description de Galien et de Fabrice, p. XVI. — Santorini fait connaître la membrane crico-thyroïdienne, la membrane thyro-hyoïdienne, les faisceaux accessoires du muscle thyro-aryténoïdien, p. XVI. — État stationnaire de l'anatomie du larynx dans la plus grande partie du XVIIIe siècle, p. XVII.

Angine laryngée. — Voir l'introduction, 1er volume, p. 26. — Distinguée par Galien de l'angine pharyngée par l'existence de troubles vocaux, 1er vol., p. 26. — Seule maladie du larynx connue par les anciens, 1er vol., p. 26. — Les auteurs de la période gréco-romaine connaissaient sa coïncidence dans certains cas avec les rhinites, les pharyngites, les bronchites, 2e vol., p. XX. — Les épidémiologistes,

surtout ceux du XVIIe siècle, montrent la participation de cette affection aux lésions déterminées par les pyrexies infectieuses, 2e vol., p. XX. — La théorie des humeurs expliquait facilement aux anciens les métastases qui font participer les angines laryngées aux processus morbides généraux tout comme les théories microbiennes actuelles, 2e vol., p. XX. — Broussais distingue comme autre part des phlegmasies laryngées érythémateuses ou sèches, catarrhales, fibrineuses, purulentes, liées souvent à la gastro-entérite, p. XXI, 2e volume. — Bretonneau rétablit pour le croup la notion de la spécificité morbide, p. XXI, 2e volume. — Rejet par Roche, Valleix et quelques autres du vieux terme d'angine pharyngée ou laryngée, pour celui beaucoup plus clair de pharyngite et de laryngite, 2e volume, p. 206.

Cancer du larynx. — Maladie inconnue à cette époque, dont Trousseau et Belloc ont signalé un des premiers exemples, 2e vol., p. 183 et 224.

Corps étrangers du larynx. — Voir Boyer, 2e vol., p. 228; Desault, p. 234; Nélaton, p. 253, et Vidal de Cassis, p. 266 (*id.*).

Croup. — Regardé comme une laryngite pseudomembraneuse propre à l'enfance par les partisans de Home, bien que certains tels que Royer-Collard eussent déjà reconnu que les autres périodes de l'existence n'en étaient pas tout à fait exemptes, 2e vol., p. 93. — Louis met hors de doute l'existence du croup chez l'adulte, 2e vol., p. 128 (note). — La spécificité du mal est formellement contestée par les partisans du physiologisme, *id.*, p. 72. — La coïncidence avec l'angine pseudomembraneuse est bien mise en relief par Bretonneau et son école, *id.*, p. 170. — Les trois stades du croup, pp. 83, 116, 170, *id.* — Envahissement de la trachée et des bronches, pp. 92, 119, 170. — Symptomatologie, pp. 88, 116, 151, 170, *id.* — Croup d'emblée, pp. 112, 152, 172, *id.* — Croup intermittent, p. 120, *id.* — Croup chronique, p. 120, *id.* — Laryngite pseudo-membraneuse de cause vulgaire, p. 155. — Diphtérie laryngée maligne, p. 173, *id.* — Croup secondaire, pp. 94, 121, 153, *id.* — Croup foudroyant, pp. 88, 116, *id.* — Pronostic, pp. 87, 118, 172, *id.* — Diagnostic, pp. 121, 156, 173, *id.* — Trachéotomie, pp. 122, 156, 199, *id.*

Fistules du larynx. — Les auteurs de cette période ne connaissent que les fistules, suites de suicide et les fistules thyrohyoïdiennes ; pour ces dernières, voir Larrey, p. 241, et Velpeau, p. 260. 2e volume.

Fractures du larynx. — Malgaigne en a signalé quelques cas, voir p. 249. 2e volume.

Laryngite aiguë. — Divisée par Cruveilhier en catarrhale et en sous-muqueuse, celle-ci comprenant deux divisions, la sus-glottique

et la sous-glottique, p. 97, 2e volume. — Broussais admet dans ce type morbide des simples sous-variétés érythémateuses (sèches), catarrhales, fibrineuses (pseudo-membraneuses), purulentes, gangreneuses, p. 77, *id.* — Cette façon de voir est adoptée par Bouillaud, p. 67, *id.* — Bretonneau et Trousseau rétablissent l'idée de la spécificité étiologique, ruinant ainsi les fondements mêmes du physiologisme, p. 164, 1er volume. — Laryngites bénignes et laryngites graves, pp. 124, 135, 207, 2e volume. — Le terme laryngite est substitué à celui d'angine laryngée, p. 206, 2e volume. — Étude des laryngites par Andral, p. 12, par Blache, p. 47, par Bouillaud, p. 67, par Grisolle, p. 107, par Hardy et Béhier, p. 123, par Monneret et Delaberge, p. 132, par Rilliet et Barthez, p. 156, par Valleix, p. 207, 2e volume.

Laryngite chronique. — On en distinguait deux formes, l'une simple, catarrhale ou granuleuse (pharyngo-laryngite granuleuse de Chomel), l'autre ulcéreuse. Pour la première, voir Valleix, p. 213, et Trousseau et Belloc, pp. 181 et 182, 2e volume; pour la seconde, consulter *Ulcérations.*

Laryngite sous-muqueuse. — Séparée par Cruveilhier du catarrhe et distinguée en sus- et sous-glottique, p. 97, 2e volume.

Laryngite phlegmoneuse. — Voir Andral, p. 12, Blache, p. 51, Bouillaud qui attribue à un phlegmon des cordes vocales la laryngite striduleuse, p. 70, et à un phlegmon des replis aryténo-épiglottiques, l'œdème de la glotte, p. 74, Cruveilhier qui adopte les idées de Bouillaud sur l'œdème de la glotte en insistant sur le siège sous-muqueux des lésions, p. 101, Hardy et Béhier, p. 123, Monneret et Delaberge, p. 133, Valleix, p. 222, Boyer, p. 229, Vidal de Cassis, p. 268, 2e volume.

Laryngite gangreneuse. — Confondue avec la diphtérie, p. 113, 2e volume. — Terminaison de certaines laryngites, pp. 12 et 158, 2e volume.

Laryngite striduleuse. — Confondue avec le croup par les partisans de Home, p. 115. — Regardée par Bouillaud comme du phlegmon des cordes vocales, p. 70. — Distinguée du croup, après Bretonneau, par Guersant qui admet cependant que cette distinction est plus exacte au point de vue anatomique et clinique qu'au point de vue étiologique, p. 115. — Description de Trousseau, p. 171, de Rilliet et Barthez, p. 156, de Valleix, p. 215. A voir dans le 2e vol. toutes ces indications.

Laryngo-typhus et laryngites des fièvres graves. — Rilliet et Barthez créent ce type morbide aigu sous le terme de laryngite ulcéreuse aiguë, p. 157, 2e volume. — Barthez revient sur le laryngotyphus qu'il appelle laryngite nécrosante, p. 158, 2e volume. — Valleix en fait une forme aiguë de la phtisie laryngée, p. 218, 2e volume.

TABLE DES MATIÈRES



MACON, PROTAT FRÈRES, IMPRIMEURS